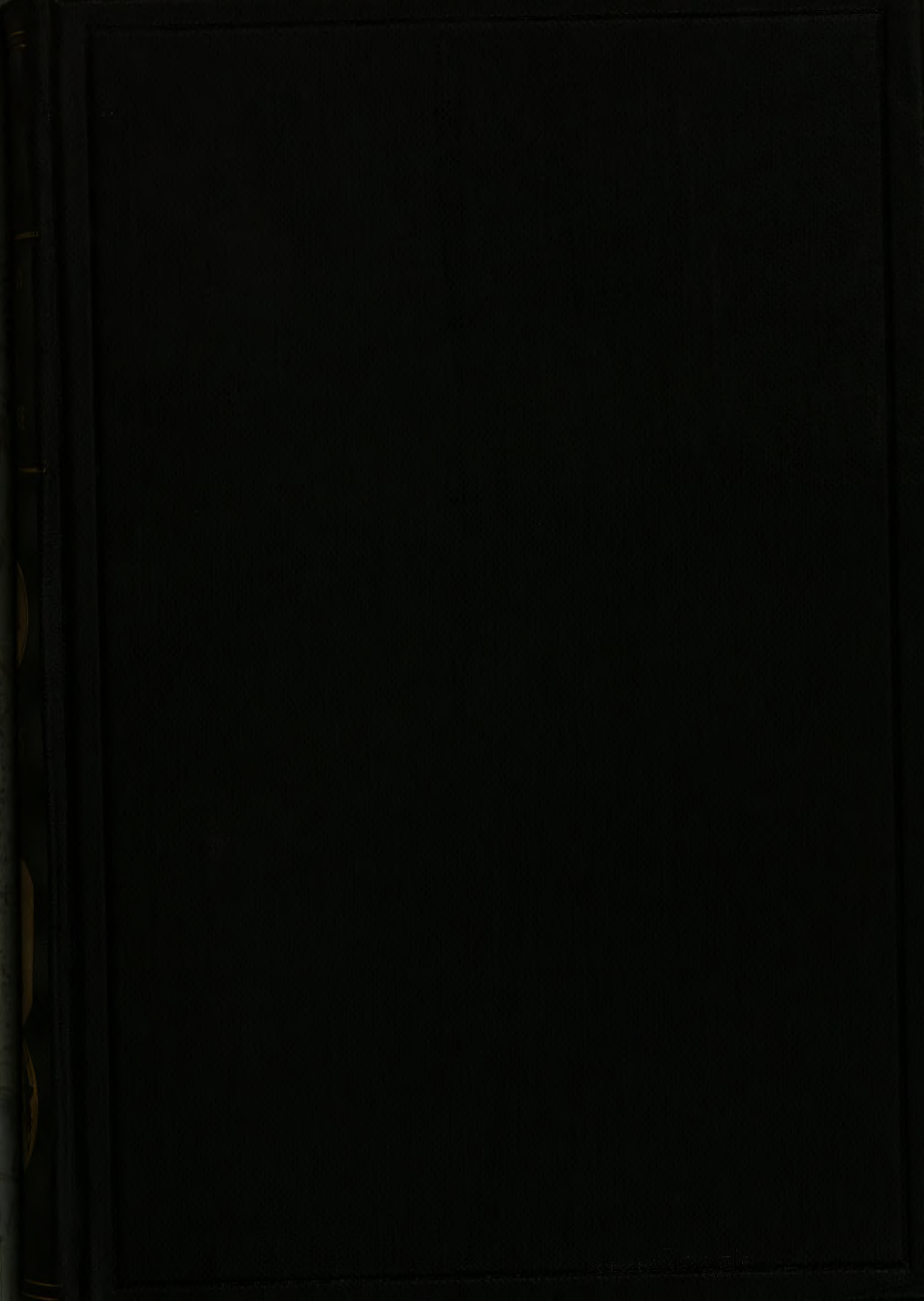
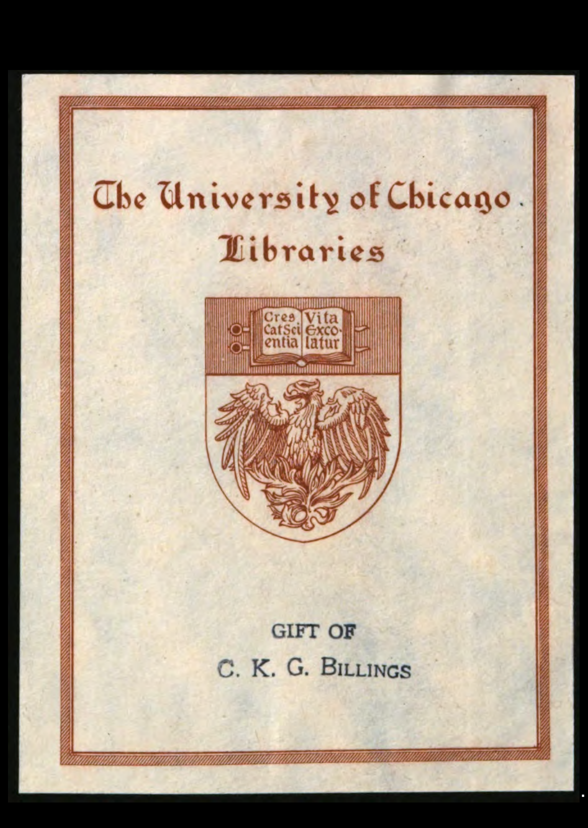
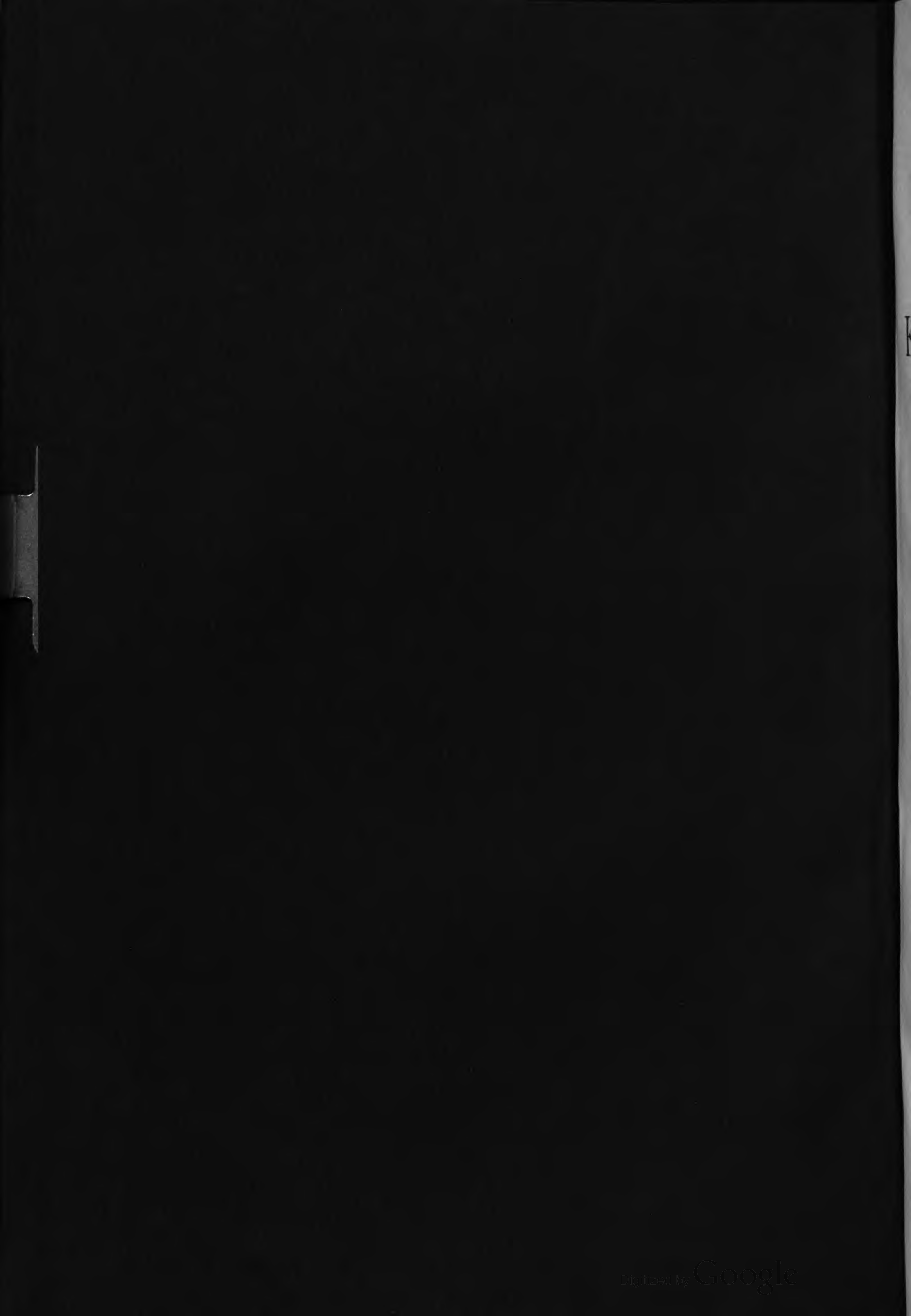



The University of Chicago
Libraries
Cres cat Scientia Vita Excolatur
GIFT OF
C. K. G. BILLINGS





ZENTRALBLATT

FÜR

KINDERHEILKUNDE.

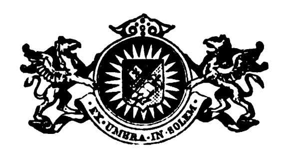
EINE MONATSSCHRIFT FÜR PRAKTISCHE ÄRZTE.

HERAUSGEGEBEN

VON

SAN.-RAT DR. E. GRAETZER
IN FRIEDENAU-BERLIN.

20. JAHRGANG 1915.



LEIPZIG,
VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH
1915.

Inhaltsverzeichnis des 20. Jahrganges.

Originalien.

Referate.





Aus Vereinen und Versammlungen.

Neue Bücher.

Neue Dissertationen.

Therapeutische Notizen.

Monatschronik.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

20. Jahrgang. Januar 1915. Nr. 1.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Alfred Japha, Hitze und Säuglingssterblichkeit in ihrer Beziehung zu Fürsorgemaßnahmen. (Zschr. f. Kindhlk. 7. 1913 H. 6. S. 518.) Aus selbständigen Erhebungen der Säuglingsfürsorgestelle I der Stadt Berlin ergibt sich, daß im Jahre 1911 auch bei Lieferung bester Milch der Prozentsatz der während des Sommers gesund gebliebenen Kinder geringer war wie früher. Besonders fällt die Vermehrung der Todesfälle auf. Diese Zahlen zeigen, daß durch Darreichung einer ausgezeichneten Nahrung die üble Einwirkung abnorm hoher Temperaturen in diesem Jahre nicht aufgehoben wurde. Das ergibt sich auch aus dem Vergleich mit den Sterblichkeitsverhältnissen in dem Kinderschutzverein, die nicht gerade Vorzugsmilch bekamen, und die keine schlechten Ergebnisse hatten. Trotzdem ist an der Forderung einwandfreier Milch festzuhalten. Es dürfen aber auch die anderen Komponenten nicht vernachlässigt werden, und insbesondere die Wohnungsfürsorge und die Stillpropaganda.

Schick (Wien).

Finkelstein, Zur diätetischen Behandlung des Säuglings- und Kinderekzems. (Zschr. f. Kindhkl. 8. 1913 H. 1. S. 1.) Vielfach wird die Ernährungstherapie des Säuglingsekzems dahin zusammengefaßt, daß es hauptsächlich darauf ankommt, einen steilen Anstieg der Gewichtskurve hintanzuhalten. Nach Klotz steht fest, daß die Erscheinungen der exsudativen Diathese durch Gewichtszunahmen stets verschlimmert werden. Verf. wirft die Frage auf, ob denn diese Richtlinien der Lehrbücher in Wirklichkeit für alle Kranken passen. Zweifel darin sind naheliegend. Daß diejenigen Säuglinge, bei denen eine überreichliche Ernährung vorausgegangen ist, durch die übliche Kostbeschränkung auf das günstigste beeinflußt werden, kann Verf. auf Grund seiner Beobachtungen bestätigen. Er kennt aber auch Fälle, bei denen das Ekzem unter einer quantitativ einwandfreien und auch in qualitativer Hinsicht den üblichen Vorschriften entsprechenden Ernährungsweise zum Vorschein gekommen war. Ist da auch eine weitere Kostbeschränkung, die ja bis nahe an die Grenze der Unterernährung gehen muß, ist auch in diesem Rahmen die starke Herabsetzung der Milch von sicherem Erfolg? Die Beantwortung der Frage ist schwierig, weil eine Reihe von Ekzemen ohne Therapie in 4—12 Wochen auf immer schwindet. Verf. hält mit der Aussprache über die Erfolge der genannten Gruppe von nicht überfütterten Ekzemfällen zurück. In manchen Fällen

brachte weitere Nahrungseinschränkung Erfolge. Dagegen sind vorübergehende Besserungen manchmal trotz unveränderten Regimes von Rezidiven abgelöst worden. Die anderen Male ging das Ekzem unverändert seinen Weg. Verf. hat den Eindruck, daß diese Kategorie von Kindern durch überreichliche Ernährung zwar eine Verschlimmerung erleidet, daß die starke Kostbeschränkung aber keineswegs eine Besserung verbürgt, und daß sie auf andere Art, beispielweise durch die auch von Feer empfohlene Buttermilchernährung — natürlich ebenfalls unter Vermeidung stärkerer Zunahmen — sich hinsichtlich ihres Gesamtzustandes ebenso wie hinsichtlich des Hautleidens mindestens ebensogut beeinflussen läßt. Unter den schlecht gedeihenden, mit Ekzem behafteten Säuglingen müssen zwei Gruppen unterschieden werden. Erstens die von Geburt an schlecht fortschreitenden Fälle (mit Reizerscheinungen des Magen-Darmkanals), und zweitens diejenigen, die anfangs gut vorwärts kommen und später erst empfindlich geschädigt werden. In der ersten Gruppe hatte eine Nahrungseinschränkung keinen günstigen Einfluß auf den Zustand der Haut. Bei diesen Kindern erreicht man nahezu gesetzmäßige Heilung, wenn es gelingt, durch entsprechende Diätänderungen gleichzeitig mit einer Besserung der Darmsymptome einen guten Gewichtsansatz zu erzielen. Bei Brustkindern gelingt dies durch Zufütterung von 10—20 g Nutrose oder eines anderen Kaseinpräparates mit etwas Mineralwasser; bei Flaschenkindern pflegt eine fettarme, eiweißreiche und nur mäßig kohlehydratreiche Kost zum Ziele zu führen (auch z. B. Eiweißmilch). Jedenfalls kann das Ekzem bzw. die exsudative Diathese auch durch Unterernährung verschlimmert und durch reichlichere Ernährung gebessert oder geheilt werden.

Es ergibt sich eben bei der Behandlung des Ekzems eine große Mannigfaltigkeit der Anordnungen. Das eine Mal ist Kostbeschränkung angezeigt und erfolgreich, das andere Mal das Gegenteil. Bei wieder anderen Kindern ist weder das eine noch das andere wirksam, und eine Hilfe nur von Änderungen der Nahrungsqualität zu erhoffen. Das universelle Problem liegt also in der Richtigstellung der Ernährung. Eine grundsätzliche Verschiedenheit der diätetischen Beeinflußbarkeit der Ekzeme des späteren Kindesalters von denen der Säuglinge dürfte nicht bestehen. Schick (Wien).

Heinrich Davidsohn, Neue Methode zur Unterscheidung von Frauenmilch und Kuhmilch, zugleich ein Beitrag zum Studium des lipolytischen Milchferments. (Zschr. f. Kindhlk. 8. 1913 H. 1. S. 14.) Die Methode basiert auf der Erkenntnis, daß die rohe Frauenmilch ein erheblich wirksameres lipolytisches Ferment besitzt als die rohe Kuhmilch. Diese Divergenz tritt namentlich bei Zusatz von Tributyrin zur Milch zutage. Bei Zusatz von 1—2 Tropfen Tributyrin zu etwa 5—10 ccm Milch und leichtem Umschütteln tritt bei Frauenmilch, im Gegensatz zur Kuhmilch, innerhalb weniger Minuten stechender Geruch der Buttersäure auf. Man kann mit dieser Anordnung sowohl rohe Frauenmilch von roher Kuhmilch unterscheiden, als rohe von gekochter Frauenmilch;

sie gestattet außerdem, auch in anderen Fällen den qualitativen Nachweis eines lipolytischen Ferments zu erbringen. Es wird ferner noch auf andere Weise gezeigt, daß in der Frauenmilch ein erheblich größerer Gehalt an lipolytischem Ferment vorhanden ist als in der Kuhmilch. Die Tatsache, daß Frauenmilch durch einen 24stündigen Aufenthalt im Eisschrank eine beträchtliche Oberflächenspannungserniedrigung erfährt, wird mit der lipolytischen Spaltung des Milchfettes zu Seifen erklärt und im Anschluß daran die Behauptung aufgestellt, daß die Seifen identisch sind mit dem von Ellenbeck beobachteten Frauenmilchhämolysin. Schiek (Wien).

Gisa Kaminer und Ernst Mayerhofer, Über den klinischen Wert der Bestimmung des anorganischen Phosphors im Harne unnatürlich ernährter Säuglinge. (Zschr. f. Kindhlk. 8 1913 H. 1. S. 24.) Moll hat nachgewiesen, daß im Harn des gesunden Brustkindes kein anorganischer Phosphor oder nur geringe Spuren davon ausgeschieden werden. Die Phosphatzahl des Harnes eines Brustkindes ist „gewissermaßen ein Spiegelbild des Ernährungszustandes des Kindes“ und hat daher praktische Bedeutung. Bei beginnenden und vorgeschrittenen Verdauungsstörungen steigen die Prozentzahlen an. Es wäre von praktischem Wert, auch für das unnatürlich genährte Kind ähnliche Regelmäßigkeiten zu finden, und deshalb haben Verff. diese klinische Phosphatbestimmung auch auf den künstlich genährten Säugling ausgedehnt. Die Ergebnisse lauten:

Die anorganischen Phosphate steigen im Harne des künstlich genährten Säuglings bei Verdauungsstörungen aus enteralen Ursachen, parenteralen Störungen, bei Erhöhung der Konzentration der künstlichen Nahrung, beim Übergang von der Teediät zu irgendeiner künstlichen Nahrung, bei Verstärkung der Kuhmilchkonzentration, bei Zuckerzusatz, bei Mehlzusatz. Beim Übergang von Frauenmilch zu einer Kuhmilch- oder Kuhmilchzucker- oder Kuhmilchmehlmischung. Die anorganischen Phosphate sinken im Harne des künstlich genährten Säuglings bei: Heilung einer Magen-Darmstörung, Heilung einer parenteralen Störung, Verminderung der Konzentration der künstlichen Nahrung, Eintritt des Hungerzustandes. Man findet die angeführten Schwankungen der ausgeschiedenen anorganischen Phosphate bei der überwiegenden Anzahl von Fällen nicht allein in der 24stündigen Harnmenge, sondern auch in einzelnen größeren oder kleineren Teilportionen.

Bei künstlich ernährten, magen-darmgesunden Säuglingen steigt in den ersten Tagen nach Kohlehydratzufütterung die Menge der im Harn ausgeschiedenen Phosphate an, sinkt aber nach 1—2 Wochen trotz gleichbleibender Nahrung wieder ab. Bei Mehlzufuhr ist im allgemeinen der Wert der ausgeschiedenen anorganischen Harnphosphate höher als bei Zuckerzufuhr; die geringste Erhöhung scheint Hafermehl zu verursachen. Die Stickstoff- und Chlorausscheidung im Harne bleibt hierbei unbeeinflußt. Nach Verfütterung von Benzoesäure steigt die Phosphatausfuhr im Harne künstlich genährter Säuglinge. Gesunde Brustkinder zeigen weder bei mäßiger Kohlehydratzufütterung noch bei Verabreichung von Benzoesäure eine Vermehrung ihrer im Harn ausgeschiedenen Phosphatmenge.

In Ergänzung zu den in der Literatur vorliegenden Befunden kommen die Verff. zu dem Schlusse, daß die Phosphattitration im Harne künstlich genährter Säuglinge nur dann klinisch verwertbar werden kann, wenn alle angeführten Punkte berücksichtigt werden.

Nach der Meinung der Verff. befindet sich der Stoffwechsel des künstlich genährten Kindes fortwährend in einem labilen und nicht ganz normalen Zustande; es besteht regelmäßig eine geringe Phosphaturie. Wenn die Nahrung vermehrt, in ihrer Konzentration oder in ihrem Gehalte an Kohlehydraten erhöht wird, so tritt eine Stoffwechselstörung in Form der Phosphaturie stark zutage. Der Organismus gewöhnt sich aber meistens bald an die neue Nahrung, worauf wieder ein Rückgang der Phosphaturie auf geringere Werte erfolgt. In ähnlicher Weise entsteht eine Phosphaturie, wenn durch parenterale Ursachen die Assimilationskraft des Organismus herabgesetzt ist.

Die normale Brustnahrung wird vom gesunden Brustkinde ohne jede Phosphaturie verdaut. Jede Phosphaturie bedeutet hier eine Verdauungsstörung. Der klinische Wert der Phosphattitration im Harn des Flaschenkindes ist ein sehr beschränkter.

Schick (Wien).

Emil Schmidt, Über multiple Tumoren der Haut. (Zschr. f. Kindhlk. 12. 1913 H. 7. S. 443—445.) $11^1/_2$ Jahre alter Knabe. Über den ganzen Rumpf zerstreut gelblichbraun pigmentierte, unregelmäßig geformte, linsen- bis bohnengroße Stellen, die flach und ohne jede Erhabenheit sind (Naevi pigmentosi bestehen schon lange); dazwischen finden sich Knoten verschiedener Größe. Die kleineren sind hart, unregelmäßig geformt, linsen- bis fünfpfennigstückgroß, unverfärbt oder mit leicht blaurotbraunem Ton und nur wenig über die Haut hervorragend. Die größeren Knoten sind sepiabraun, auch nur wenig erhaben, weich, mit der Haut verschieblich, fühlen sich wie sulzig an und lassen teilweise einzelne kleine derbe Körnchen durchfühlen, die sich bei der Diaskopie als stecknadelkopfgroße, helle, gelbbraune Punkte abzeichnen. Die größeren Geschwülstchen stellen wohl im Rückgang befindliche Knoten dar. Die meisten der Tumoren finden sich an Brust, Bauch und Rücken; aber auch die Extremitäten und das Gesicht sind befallen. Es finden sich alle Übergangsformen von den harten bis zu den weichen in Rückbildung begriffenen und bereits mit Pigment versehenen Knoten. Nach $1^1/_2$jähriger Beobachtung Befund in der Weise verändert, als an Rücken, Brust und Bauch zu den alten Knoten noch einige neue hinzutraten. Im Gesicht und an den Extremitäten konnte eine sichere Neubildung von Knoten nicht festgestellt werden. Allgemeinbefinden, Kräfte und Ernährungszustand waren immer gleich gut. Bei diesem benignen Verlauf kam als wahrscheinlichste Diagnose das Boeksche Sarkoid in Betracht.

Schick (Wien).

F. Wesener, Über die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion bei der Verwendung von Ammen. (Zschr. f. Kindhlk. 12. 1913 Nr. 7. S. 446—452.) Verf. hat es sich zur Regel gemacht, keine Amme nach außen zu geben, bevor ihr Kind 4 Monate alt ist, da die Wa.R. kein absolut verläßliches Hilfsmittel zur Diagnose ist.

Auch die positive Reaktion hält Wassermann nur unter vorwiegender Berücksichtigung der klinischen Zeichen für verwertbar.

Schick (Wien).

H. Brüning (Rostock), Experimentelle Studien über die Entwicklung neugeborener Tiere bei längerdauernder Trennung von der säugenden Mutter und nachheriger verschiedenartiger künstlicher Ernährung. (Jahrb. f. Kindhlk. 80 [3. F. Bd. 30]. S. 65.) Verf. hat neugeborene weiße Ratten abwechselnd bei der säugenden Mutter belassen und wieder getrennt (Trennung in toto $^1/_4$ der Säuglingszeit). Die Tiere blieben am Leben, waren aber kleiner und leichter am Schluß der Säuglingsperiode als die Geschwistertiere, die dauernd bei der Mutter waren. Letztere blieben auch bei späterer künstlicher Ernährung in Körpergewicht und Größe überlegen. Künstliche, und zwar möglichst einseitige Eiweiß- und Fettnahrung führte bei allen Tieren zur sofortigen erheblichen und stetigen Gewichts- und Größenzunahme. Dagegen sank bei einseitiger, wenn auch reichlicher Kohlehydraternährung nach der Entwöhnung das Gewicht sofort gleichmäßig ab, so daß solche Tiere am 42. Tag noch wie Mäuse aussahen. Nachfolgende gemischte Fütterung führte bei den Kohlehydratratten zu Gewichtsvermehrung, doch blieb diese hinter der der seit der Entwöhnung eiweiß- und fettgenährten zurück. Reichliche Eiweiß- und Fettfütterung bewirkt bei Ratten, die im Säuglingsalter gehungert haben, struppige Beschaffenheit des Felles, Auftreibung des Leibes und Alopezie. Knochenveränderungen traten bei den Ernährungsversuchen nicht zutage. Der Darmkanal der Kohlehydratratten gewann den Typus der Pflanzenfresser, der der eiweiß- und fettgefütterten den der Fleischfresser. Die Darmflora ließ zwischen beiden Kategorien keine auffälligen Unterschiede erkennen. Die relative Keimarmut der oberen Dünndarmpartien wird bestätigt gefunden.

Husler (München).

E. Conradi, Vorzeitiges Auftreten von Knochen- und eigenartigen Verkalkungskernen bei Chondrodystrophia foetalis hypoplastica. (Jahrb. f. Kindhlk. 80 [3. F. Bd. 30]. S. 86.) Ein Fall von chondrodystrophoidem Zwergwuchs mit vorwiegend halbseitiger Betonung der Veränderungen und mit ungemein verfrühtem Auftreten von zahlreichen Knochenkernen in den verschiedensten Knochengebieten. Die zahlreichen Verkalkungszentren geben ein ganz ungewohntes Röntgenbild. Interessante histologische Details.

Husler (München).

E. Glass, Cellon-Stützkorsetts. (Aus der I. Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Charlottenburg-Westend.) (D. m. W. 1914 Nr. 17.) Cellon ist ein hartes, in der Wärme (etwa 80°) plastisch werdendes, aus Azetylzellulose hergestelltes, nicht feuergefährliches Material von ähnlichen Eigenschaften wie Hartgummi. Die Brennbarkeit des reinen Cellons ist außerordentlich gering, manche Sorten brennen überhaupt nicht, andere nehmen an der Berührungsstelle die Flamme an, das geschmolzene Cellon tropft ab, und die Flamme

erlischt. Cellon ist widerstandsfähig gegen Fette und Öle, Petroleum, Benzin, Benzol, Terpentin, Alkohol und Gaze und ist bereits vielfach in der Automobil- und Flugtechnik und Filmfabrikation verwendet.

Der Preis eines selbstangefertigten Cellon-Azetonkorsetts mit Azeton dürfte sich bei Bezug von Cellonabfällen etwa auf 10 M. belaufen; tritt für die Azetonlösung das Ersatzpräparat „H 30 weiß" (Azetonersatzlösung mit Cellon) ein, so dürfte er sich wohl auf etwa 8—9 M. herabsetzen. Ein entsprechendes Zelluloidkorsett stellt sich etwa auf den gleichen Preis, 10 M.

Die Vorzüge, welche die Cellonkorsetts gegenüber den Zelluloidkorsetts bieten, sind in erster Linie die absolute Beseitigung der Feuergefährlichkeit, große Elastizität bei genügender Festigkeit und Haltbarkeit. Grätzer.

Hans Kamnitzer, Erfahrungen mit Larosan. (Aus der 2. Säuglingsfürsorgestelle der Stadt Berlin.) (Ebenda.) Gleichgültig, um welche Form — akute, subakute oder chronische — Ernährungsstörungen es sich handelte, wurde Larosan gleichmäßig gut vertragen. Als praktisch wichtig muß hervorgehoben werden, daß alle Kinder die Nahrung gern nahmen. Bemerkenswert war die Tatsache, daß auch verhältnismäßig junge Kinder sofort die Halbmilchmischung vertrugen. In allen Fällen wurden vom 2. bis spätestens 5. Tage die Stühle konsistent. Die Zunahme war im allgemeinen zufriedenstellend, meist recht gut. Allerdings wich Verf. von der Stoeltznerschen Vorschrift ab, sobald nach Form der Gewichtszunahme und entsprechendem Alter des Kindes eine qualitative Steigerung der Nahrung angezeigt schien. Sie wurde stets einwandfrei vertragen. Als besonders wichtig sei betont, daß das Absetzen keinerlei Schwierigkeiten machte und alle Kinder darmgesund blieben.

Schwer zu beurteilen sind die Fälle 3 und 4. Die Nahrung wurde vertragen, die Stühle wurden konsistent, das Sensorium wurde frei. Als ein Erfolg wird das also angesehen werden müssen. Trotzdem erfolgte der Exitus. Das kann ein Zufall sein und kommt auch bei allen anderen Ernährungsarten bei schwerer Erkrankung vor. Was aber in diesen beiden Fällen die Beurteilung erschwert, ist, daß es gerade die beiden Intoxikationsfälle waren, die letal endigten. Verf. muß für sie also die Frage offen lassen, ob man hier auf andere Weise weitergekommen wäre. Die Frage wird erst dann ihre Lösung finden, wenn weitere Versuche bei Intoxikationen nähere Aufschlüsse über die Leistungsfähigkeit des Larosans in ähnlichen Fällen ergeben haben werden.

Im übrigen hat sich das Larosan als ein durchaus brauchbares, empfehlenswertes Präparat erwiesen, dessen Verwendung um so angenehmer ist, als seine Darreichung auf keinerlei technische Schwierigkeiten stößt.

Auf die Erörterung der Frage einzugehen, ob das Larosan das gleiche leistet wie die Eiweißmilch, der es seine Entstehung verdankt, beabsichtigt Verf. nicht, weil er den Eindruck hat, daß die Stoeltznersche Vorschrift noch einer Modifikation bedarf. Im Hinblick nämlich auf die Intoxikationen 3 und 4 liegt der Gedanke nahe, ob

es nicht angezeigt ist, in derartigen Fällen nicht Halbmilch, sondern Drittel-, ja eventuell Viertelmilch mit Larosan zu geben. Diese Modifikation käme auch bei ganz jungen oder besonders dürftigen Kindern selbst bei minder schwerer Erkrankung für den Anfang in Frage. Anderseits hat Verf. bereits praktisch dargetan, daß es unter Berücksichtigung des Allgemeinbefindens, der Darmverhältnisse und des Kindesalters nicht richtig ist, bei Halbmilch zu bleiben. Qualitative Steigerungen über die Halbmilch hinaus können da nicht nur nicht vorgenommen werden, sondern sind im Interesse der Zunahmen sogar empfehlenswert.

Grätzer.

R. Kafemann, Ein Fortschritt in der Jodtherapie. (B. kl. W. 1914 Nr. 21.) Testijodil (Chem. Institut Dr. L. Oesterreicher, Berlin), aus Blut gewonnen, 14—15% Jod enthaltend, Eisen in natürlicher Bindung (vom Eisengehalt des Hämoglobins) enthaltend (Eiweißsubstanz, Jod und Eisen stehen im Verhältnis von 81,48—15,24—0,25), äußerst bekömmlich und billig (Originalröhrchen mit 20 Dragées à 0,5 kostet M. 1.25), hat sich besonders bei Skrofulose speziell äußerer Halsdrüsentuberkulose und beginnenden adenoiden Wucherungen bewährt (2—3mal täglich 1—2 Dragées).

Grätzer.

H. Aron, Untersuchungen über die Beeinflussung des Wachstums durch die Ernährung. (Aus der Kgl. Univers.-Kinderklinik zu Breslau.) (Ebenda.) Interessante Experimente bei jungen Hunden und Ratten, welche zeigen, daß in der menschlichen Pathologie analoge Verhältnisse obwalten, wie sie hier erzeugt wurden.

Grätzer.

P. v. Szily (Budapest), Zur Immunotherapie der akuten Blennorrhagien. (B. kl. W. 1914 Nr. 24.) Verf. teilt zunächst die Tatsache mit, daß es ihm gelungen ist, mittels intensiver Applikation großer Dosen abgetöteter eigener Kokken zwei Fälle von akuter Ophthalmogonorrhöe in einigen Tagen auszuheilen.

Diese Erfahrung stimmt auffallend überein mit derjenigen, die er bei der Immunotherapie der Staphylokokkenabszesse der Säuglinge machte. Diese Autovakzinationen ergaben, daß den durch die vorhandene Pyodermie stark hergenommenen Säuglinge enorme Dosen (200—500 Millionen) eigener abgetöteter Staphylokokken in kurzen Intervallen wiederholt einverleibt werden können, ohne daß eine merkliche Reaktion wahrnehmbar ist, und daß dadurch eine prompte Ausheilung mittels 6—8 Injektionen erreicht werden kann.

Einen weiteren Fortschritt der aktiven Immunisierung bedeutet das Arbeiten mittels verschiedener Abschwächungsmethoden des lebenden Vira. Insbesondere scheint der Behandlung mittels sensibilisierter Virusvakzine eine große Zukunft bevorzustehen.

Bisher hatte Verf. Gelegenheit, 3 Erwachsene und 12 Neugeborene in Behandlung zu nehmen.

Bei allen Fällen wurde der Gonokokkus im Augensekret festgestellt. Verf. stellte aus dem Augensekret der Patienten Kulturen

auf Serumagar und das lebende Vakzin derart her, daß in 1 ccm je eine abgeschwemmte Kultur erhalten war. Zur Sensibilisierung benutzte er das Serum der Gonorrhoiker (meistenteils der Mütter der Neugeborenen), welches mit Gonokokkenantigen Komplementbindung gab, also beträchtliche Antikörper enthalten mußte. Aus diesem stets frisch erneuten lebenden Virusvakzin injizierte er bei allen Fällen fast täglich 1 ccm, also die sensibilisierten Keime des ganzen Kulturrasens in das Unterhautzellgewebe. Die Patienten hatten nach der Einspritzung am Abend geringe Temperaturerhöhung (0,5°), doch fand Verf. sie am nächsten Tage stets fieberfrei. Bei den Neugeborenen gestaltete sich der Verlauf des Prozesses schon nach den ersten Injektionen überraschend günstig; die Augen konnten schon am 2. Tage spontan geöffnet werden und hatten kaum etwas Sekret. Der eine Fall mit sehr profuser Eiterung wurde bisher mit 8 Injektionen behandelt und erwies sich insofern hartnäckiger, als die Bindehäute noch immer ein dünnes Sekret produzieren, welches ganz spärlich Eiterzellen mit Gonokokken aufweist; auch war bei diesem einen Auge die Cornea schon ursprünglich in Mitleidenschaft gezogen.

Die 1—2tägige Applikation massenhaft sensibilisierter Kokken wurde auch von den Neugeborenen gut ertragen. Der einzige geringere Nachteil der Einspritzung ist die schmerzhafte Infiltration, welche sie verursacht. Es kam jedoch bei dem sterilen Vorgehen niemals zu einer Eiterung. Die entzündliche Verhärtung schmilzt binnen 24—48 Stunden zusammen, und nur ein kleiner Knoten bleibt etwas länger fortbestehen. Es scheint also eine beschleunigte Ausheilung mit dieser Immunisierungsart bewerkstelligt werden zu können.

Jedenfalls scheint die aktive Immunisierung mit lebenden Keimen von großer Bedeutung zu sein und insbesondere betreffs der Beeinflussung der akuten Blennorrhagien einen großen Fortschritt zu bedeuten. Bei der akuten Ophthalmie ist ein heroischerer immunisatorischer Eingriff mit besonderer Dringlichkeit geboten. Dieselbe wird durch die Gefahren des Prozesses für die Gewebe des Auges und durch die Unzulänglichkeit der mechanischen Behandlung bedingt. Dabei ist das Auge infolge der guten Blutversorgung zur intensiven Antikörperproduktion besonders geeignet. Grätzer.

E. A. Oppenheim, Über therapeutische Versuche mit Kupferlezithinpräparaten an Kindern mit sogenannter chirurgischer Tuberkulose (Finklersches Heilverfahren). (Aus dem Cecilienheim in Hohenlychen, Anstalt für knochen- und gelenktuberkulöse Kinder.) Bei Skrofuloderma und Lupus (3 und 4%ige Lecutylsalbe), bei Diaphysentuberkulose, Spina ventosa (Kupferplombe) wurden recht zufriedenstellende Erfolge erzielt.

Nach seinen bisherigen Erfahrungen an über 40 Fällen muß Verf. sagen, daß das Kupfer eine bedeutungsvolle Bereicherung unserer Kampfmittel gegen die sogenannte chirurgische Tuberkulose darstellt. Eines scheint allerdings vonnöten, damit das Kupfer seine spezifische Wirkung ausüben kann, das ist die direkte Berührung des Kupferpräparates mit dem Tuberkel. Grätzer.

B. Schick, Die Diphtherietoxin-Hautreaktion des Menschen als Vorprobe der prophylaktischen Diphtherieheilseruminjektion. (Aus der k. k. Universitäts-Kinderklinik in Wien.) (M. m. W. 1913 Nr. 47.) Löwenstein, Michiels und Schick haben nachgewiesen, daß beim Menschen durch intrakutane Injektion von minimalen Mengen Diphtherietoxin eine spezifische Hautreaktion hervorgerufen wird.

Zur intrakutanen Injektion benötigt man die gebräuchliche Rekordspritze zu 1 ccm, die eine Teilung in 10 Teilstriche trägt. Der wichtigste Teil ist die Nadel. Zur Erleichterung des Gelingens der Injektion soll die Nadel möglichst dünn und ihre Spitze kurz abgeschliffen sein, damit bei Einführung der Nadel in die oberflächlichsten Schichten der Haut die nach oben gerichtete Öffnung der Nadel möglichst rasch gedeckt wird. Die Injektionsmenge beträgt 0,1 ccm einer Toxinverdünnung, die für jedes Toxin zu berechnen ist. In der Regel genügt als wirksame Toxinmenge $^1/_{50}$ der einfach letalen Dosis für 250 g MS., also z. B. bei einer letalen Dosis 0,005 pro 250 g MS., 0,1 einer Verdünnung 1 : 1000. Bei gelungener Injektion sieht man sofort eine weiße, quaddelartige Erhebung mit gestichelter Zeichnung, entsprechend den Haarfollikelmündungen.

Die Veränderungen, die sich an der Applikationsstelle des Diphtherietoxins abspielen, ähneln in ihrem Aussehen, namentlich in den ersten 24—48 Stunden, einer positiven Tuberkulinreaktion. Es bildet sich nach Rückgang der traumatischen Erscheinungen von der 4. bis 8. Stunde ab eine allmählich zunehmende Rötung und Infiltration von 10—25 mm Durchmesser, die ihr Maximum gewöhnlich erst nach 48 Stunden erreicht und dann unter Pigmentierung und leichter Schuppung abheilt. Nur die Farbe der Rötung ist bei der Diphtherieintrakutanreaktion eine hellere als bei der Tuberkulinreaktion. Bei sehr intensiver Reaktion kommt es zu stärker entzündlichen Veränderungen namentlich im Zentrum der Reaktion, kenntlich durch gelatinöse Veränderung der Haut, die sich unter Pigmentierung, Fältelung und Schuppung zurückbildet. Intensivere Veränderungen haben wir bei unserer Dosierung nicht gesehen. Die von Bingel beobachtete Nekrosenbildung ist auf die enorme Toxindosis zurückzuführen. Anschließend an das zentrale Infiltrat pflegt sich in der Zeit von der 24. bis 48. Stunde ein etwas hellerer roter Hof zu entwickeln, der nach weiteren 24—48 Stunden, ohne Pigmentierung zu hinterlassen, abblaßt. Es bleibt dann noch die zentrale Partie durch ihre Pigmentierung kenntlich, so daß noch in späteren Stadien die Größe des zentralen Infiltrates an dem Durchmesser der pigmentierten Hautpartie meßbar ist.

Der negative Ausfall der Intrakutanreaktion beweist immer das Vorhandensein von Schutzkörpern gegen Diphtherietoxin in für prophylaktische Zwecke genügender Menge. Der positive Ausfall deutet nicht mit der gleichen Sicherheit auf Fehlen des Schutzkörpers hin, da manche Individuen, sowohl Kinder als auch Erwachsene, entzündliche Reaktionen an der Injektionsstelle des Diphtherietoxins trotz Schutzkörpergehaltes ihres Serums aufweisen können. Wenn auch die entzündliche Reaktion in diesen Fällen nicht immer eine spezifische Diphtherietoxinwirkung, sondern eine Reaktion anderer Art, vielleicht

eine Überempfindlichkeitsreaktion auf Proteinsubstanzen der Diphtherietoxinlösung ist, und ferner auch hervorzuheben ist, daß der klinische Ablauf der Reaktion in vielen Fällen gewisse Unterschiede gegenüber der originären Diphtherietoxinreaktion erkennen läßt, so ist es doch praktisch schwierig, solche entzündlichen Reaktionen von der eigentlichen Diphtherietoxinreaktion klinisch zu unterscheiden. Bindende Schlüsse auf den Schutzkörpergehalt des Serums lassen sich daher mit Berücksichtigung der genannten Ausnahmen nur bei negativem Ausfall der Reaktion ziehen.

Im Sinne der Annahme, daß Schutzkörpergehalt des Serums mit frischer Diphtherieerkrankung unvereinbar ist, muß man erwarten, daß an Diphtherie erkrankte Kinder vor der Seruminjektion stets positive Toxinhautreaktion geben. Dies ist auch der Fall. Es spricht daher negativer Ausfall der Hautprobe in diagnostisch zweifelhaften Fällen gegen Diphtherie. S. betont außerdem die Tatsache, daß von den an der Klinik beschäftigten Schwestern, die längere Zeit vorher auf ihre Toxinhautreaktion geprüft worden waren, nur diejenigen an Diphtherie erkrankt sind, welche positiv auf Diphtherietoxin reagiert hatten. Aus diesen Beobachtungen hat S. schon seinerzeit den Schluß gezogen, daß wir im Ausfall der Toxinhautreaktion einen Maßstab der Disposition des Menschen zur Diphtherieerkrankung besitzen.

Soll der Ausfall der Diphtherietoxin-Hautreaktion praktisch zu einer Einschränkung der prophylaktischen Seruminjektionen führen, so müssen wir nachweisen können, daß der Prozentsatz von negativ reagierenden Menschen ein genügend großer ist. Über die hier obwaltenden Verhältnisse kann uns nur eine Altersstatistik über den Ausfall der Toxinhautreaktion Aufschluß geben. Diese aus den Arbeiten von Magyar, Michiels und Schick, v. Groër und Kassowitz gewonnenen Zahlen lauten

		davon	
	Gesamtzahl	positiv	negativ
Neugeborene	291	16	275 = 93%
1. Lebensjahr	42	18	24 = 57%
2.—5. Lebensjahr	150	95	55 = 37%
5.—15. Lebensjahr	264	131	133 = 50%

Wir sehen, daß beim Neugeborenen, der in 84% Schutzkörper besitzt und in 93% negativ reagiert, eine prophylaktische Serumeinspritzung gegen Diphtherie in den meisten Fällen überflüssig ist. Damit stimmt die namentlich in Findelhäusern gemachte klinische Beobachtung gut überein, daß Neugeborene bei vorhandener Infektionsmöglichkeit nur verhältnismäßig selten an Diphtherie erkranken (Schlichter).

Nach S.'s Erfahrungen sinkt die Häufigkeit der negativen Reaktion ungefähr vom 2. Lebensmonat an und erreicht im 1. Lebensjahr annähernd die Zahl 50%. Es ist daher im 1. Lebensjahr zirka bei der Hälfte der Kinder eine prophylaktische Serumeinspritzung gegen Diphtherie überflüssig. In den nächsten Jahren (2.—5. Lebensjahr) sinkt die Häufigkeit der negativen Reaktionen auf 40%. Gegen Ende des Kindesalters halten sich aber wieder positive und negative Reaktionen die Wage. Danach dürfte ein weiteres Ansteigen der negativen

Reaktionen erfolgen, wie es die Zahlen von Wassermann, Karasawa und Schick, Hahn, v. Groër und Kassowitz erwarten lassen. Es ergibt sich demnach, daß im Kindesalter und sogar in der von der Diphtherie am meisten heimgesuchten Altersperiode zwischen dem 2.—5. Lebensjahre eine beträchtliche Anzahl von negativ reagierenden Individuen sich vorfindet, für die eine prophylaktische Serumeinspritzung vollkommen entbehrlich ist.

Man könnte noch den Einwand erheben, daß der Immunitätszustand des Individuums kein unveränderlicher ist, insbesondere könnte daran gedacht werden, daß Krankheiten (Influenza, Masern usw.) den Schutzkörperspiegel des Organismus ungünstig beeinflussen. Soweit Masern in Betracht kommen, haben Karasawa und Schick einen solchen Einfluß nicht nachweisen können. Es ist aber zuzugeben, daß für manche anderen Kinderkrankheiten eine solche Möglichkeit immerhin besteht. Soweit S.'s Erfahrungen reichen, bleibt die Reaktion gesunder Kinder innerhalb 4 Wochen gleich. Um dieser Gefahr des Absinkens des „Schutzkörperspiegels" zu begegnen, würde es sich daher empfehlen, bei denjenigen Kindern, die länger als 4 Wochen in Anstalten bleiben, bei fortbestehender Infektionsgefahr die Injektion monatlich einmal zu wiederholen.

Für geschlossene Anstalten (Spitäler, Kasernen, Pensionate usw.) hat die diagnostische Prüfung der Toxinhautreaktion praktische Bedeutung. S. geht folgendermaßen vor: Ist ein Diphtheriefall zur Beobachtung gelangt, so werden sämtliche Personen zuerst mit Diphtherietoxin in angegebener Menge intrakutan geprüft. Nach 24 Stunden ist man über den Ausfall der Reaktion orientiert. Die positiv reagierenden Kinder werden prophylaktisch mit Serum immunisiert, die negativ reagierenden hingegen nicht. Dadurch erspart man einer großen Anzahl von Individuen die Injektion des Diphtherieserums, und damit die Gefahr der Allergisierung durch Pferdeserum, und außerdem bringt dieses Vorgehen auch einen materiellen Vorteil, da die prophylaktischen Seruminjektionen, in Anstalten in größerem Umfange ausgeführt, sehr kostspielig sind. Grätzer.

Richard Koch, Über Scharlachrekonvaleszentenserum. (Aus der medizinischen Klinik des städtischen Krankenhauses Frankfurt a. M.) (Ebenda.) 1. Die Beobachtungen von Reiss und Jungmann an 12 Scharlachfällen, die mit Scharlachrekonvaleszentenserum behandelt waren, konnten an weiteren 22 Fällen bestätigt werden.

2. Von 22 behandelten schweren und schwersten Fällen starb nur einer, der zur Zeit der Infusion schon in der Agone lag.

3. Auch in der Spätperiode des Scharlachs, in der die lokalen Streptokokkenwirkungen das Bild zu beherrschen scheinen, und bei septischen Formen ist eine gewisse günstige Beeinflussung zu beobachten.

4. Eine hämorrhagische Nephritis wurde bei den bisher behandelten Fällen nicht beobachtet.

Eine Zusammenstellung der Ergebnisse gibt folgende Tabelle:

Übersicht der vom 1. April 1912 bis 31. März 1913 aufgenommenen Scharlachfälle.

	Zahl der Fälle	Scharlachnephritis		Mortalität	
		absolut	Proz.	absolut	Proz.
Gesamtaufnahmen auf die Scharlachabteilung, 1. IV 12—31, III 13	263	17	6,5	3	1,1
Mit Normalmenschenserum behandelt	12	2	16,7	1	8,3
Mit Scharlachrekonvaleszentenserum behandelt	28[1])	0	0	1[2])	3.6

Grätzer.

F. Lust, Über die mißbräuchliche Verwendung von Eiweißwasser bei der Behandlung akuter Ernährungsstörungen von Säuglingen. (Aus der Heidelberger Kinderklinik.) (M. m. W. 1913 Nr. 49.) Verf. will die Frage ganz unerörtert lassen, ob das Eindringen kleiner Mengen nicht denaturierten Hühnereiweißes in den Säftekreislauf des Körpers eines akut ernährungsgestörten Säuglings an und für sich schädigende Wirkungen mit sich bringt. Es dürfte sich auch kaum mit einiger Sicherheit entscheiden lassen, was im einzelnen Falle auf Konto der Ursache, was auf Konto der Folgen dieses Eindringens zu beziehen ist. Was aber mit Bestimmtheit behauptet werden kann, das sind die lokalen Schädigungen, die Vorgänge im Darmkanal selbst, die der Zufuhr von Eiereiweiß in vielen Fällen folgen.

Schon in einer früheren Arbeit hat Verf. darauf hingewiesen, daß der Stuhl nach der einmaligen Einfuhr des Weißen von $^1/_2$—1, höchstens 2 rohen Eiern auch bei vorher völlig darmgesunden Kindern nicht selten dünner wurde, ja daß es zuweilen zu einem eigentlichen Durchfall kam. Auf dieses Verhalten wurde in neuerdings gemeinsam mit Dr. Hayasi fortgesetzten Untersuchungen über die Toleranz des Säuglingsdarmes gegen per os eingeführtes Eiereiweiß nochmals besonders geachtet. Die erste Beobachtung konnte vollauf bestätigt werden. Es zeigten die Stühle in der großen Mehrheit der Fälle eine pathologische Veränderung, obwohl speziell darauf Wert gelegt wurde, nur solchen Kindern Eiweiß zu verabreichen, deren Entleerungen während der vorhergegangenen Tage normal gewesen waren und keine Neigung zu Durchfälligkeit hatten erkennen lassen. „Trotzdem blieben unter 20 Kindern im Alter von 2 Monaten bis zu 2 Jahren nur viermal die Stühle ohne sichtliche Beeinflussung durch eine einmalige Eiweißzufuhr. Bei den übrigen 16 dagegen — und zwar durchaus nicht etwa nur bei den jüngsten Säuglingen — waren sie reichlich verändert. In den leichten Fällen wurden eine oder auch mehrere der nächstfolgenden Entleerungen nur dünner, von graugelblicher Farbe und intensiv fauligem Geruch; gleichzeitig nahm auch meist ihre Zahl zu;

[1]) Zu den hier veröffentlichten 22 Fällen kommen noch 6, die während des Abschlusses dieser Arbeit behandelt werden.

[2]) Dieser eine Fall starb eine Stunde nach der Infusion, ehe die Serumwirkung sich entwickeln konnte.

z. B. 1—2 Stühle am Vortag, demgegenüber 4—7 Stühle am Versuchstage. In schwereren Fällen dagegen zeigten sich stärkere Veränderungen: vorher homogene, gebundene Stühle wurden gehackt und reichlich mit Schleim durchsetzt. In einem Falle nahmen sie sogar infolge der Beimengung von Blut und Eiter den Charakter der bei Enteritis follicularis auftretenden Entleerungen an. Daß diese beschriebenen Veränderungen gewöhnlich nur kurze Zeit (1—2 Tage) zu beobachten waren und nur vereinzelt eine länger dauernde Dyspepsie einleiteten, beweist natürlich nichts gegen die häufig ausgesprochen irritierende Eigenschaft des Hühnereiweißes auf den Säuglingsdarm, da der Reiz kein fortdauernder war, sondern nur einmalig zur Wirkung kam.

Von anderen lokalen Reaktionen ist nur noch Erbrechen mehrfach notiert worden.

Bei 3 von diesen 20 Säuglingen kam auch eine Fernwirkung zur Beobachtung, und zwar in Form von vasomotorischen Störungen. Bei einem infolge einer Bronchopneumonie fiebernden, 7 Monate alten Säugling ohne Darmstörung kam es 4 Stunden nach Einnahme des Weißen von 2 $^1/_2$ Eiern zu einem starken Ödem der Augenlider, das nach 2 Stunden wieder verschwand; bei einem 5 Monate alten Kinde mit einem leichten Grad von Milchnährschaden traten 4 Stunden nach der gleichen Dosis ebenfalls Ödeme auf, aber außerdem noch eine ausgebreitete Urtikaria, und endlich wurde bei einem 10 Monate alten, in der Rekonvaleszenz von einer Bronchopneumonie befindlichen Säugling 5 $^1/_2$ Stunden nach der Eiweißzufuhr ein kleinfleckiges, rubeolaartiges Exanthem beobachtet, das bald wieder verschwand, auffallenderweise aber dann noch einmal 20 Stunden später auf kurze Zeit aufschoß.

Schwerere Idiosynkrasieerscheinungen kamen zwar in diesen Fällen nicht zur Wahrnehmung. Dafür war die Zahl und die Dauer der Einzelbeobachtungen wohl auch nicht ausreichend genug. Man wird sich aber wohl der Erfahrungen Lesnés und Richets erinnern dürfen, die solche „kleinen“ Symptome wie gerade Hautexantheme und partielles Gesichtsödem zuweilen als Vorboten eines plötzlich einsetzenden „großen anaphylaktischen Anfalles“ gesehen haben. Von hohem praktischen Interesse wäre auch die Entscheidung der Frage, ob solche Kinder, bei denen, sei es infolge des „therapeutisch“ zugeführten Eiweißwassers, sei es experimenti causa, unverändertes Hühnereiweiß die Darmwand passiert hat, nach einiger Zeit für den Eigenuß besonders empfindlich werden. Derartige Untersuchungen sind zurzeit noch im Gange.

Auch an dieser Stelle sei jedoch nochmals nachdrücklich betont, daß weder die lokalen noch die Fernwirkungen mit der Resorption von unverändertem Eiereiweiß direkt etwas zu tun haben. Zwischen dem Auftreten derartiger Störungen und einer stattgehabten Passage von Hühnereiweiß bestand keinerlei Parallelismus. Ja es mag auf den ersten Blick sogar besonders auffallend erscheinen, daß gerade in den Fällen mit vasomotorischen Reaktionen die Resorption artfremder Eiweißanteile nicht nachgewiesen werden konnte. Hier handelt es sich wahrscheinlich um eine reine zelluläre Idiosynkrasie, die den Anstoß zu einer derartigen angioneurotischen Fernwirkung gibt. Anders lassen sich ja auch wohl kaum die Fälle ausgesprochener Überempfind-

lichkeit erklären, bei denen schon die bloße Berührung der Lippen oder der Zungenspitze mit Hühnereiweiß von schwersten lokalen und allgemeinen Krankheitserscheinungen beantwortet wird (Moro, Landmann, Hess u. a.).

Kamen derartig schwere Störungen bei meinen bisherigen Untersuchungen auch nicht zur Wahrnehmung, sind sie wohl überhaupt als seltene Ereignisse bei einer ganz speziellen individuellen Disposition aufzufassen, so gilt dies jedoch keineswegs für die von uns beobachteten lokalen und vasomotorischen Reaktionen. Wenn bereits der Darm des gesunden oder zum mindesten des nicht dyspeptischen Säuglings in der Mehrzahl der Fälle auf eine einmalige Zufuhr von Hühnereiweiß mit derartigen Reizsymptomen antwortet, um wieviel weniger eignet sich dieses beim akut ernährungsgestörten Kinde zu therapeutischen Zwecken, gar noch in einem Stadium, das zur Fernhaltung jeglicher, auch einer normaliter anstandslos tolerierten Nahrung auffordert. Mögen diese Zeilen daher dazu beitragen, das Eiereiweiß, das die ihm von vielen Seiten noch immer zuteil werdende Begünstigung wohl hauptsächlich einer Konzession an die unbegründete elterliche Angst vor vorübergehender gänzlicher Nahrungskarenz verdankt, ein für allemal aus der Therapie der Ernährungsstörungen im Säuglingsalter zu streichen.“ Grätzer.

F. Göppert, Die therapeutische Verwendung der Kalksalze. (Aus der Universitäts-Kinderklinik Göttingen.) (M. Kl. 1914 Nr. 24.) Verf. zeigt, wo wir die Kalksalze mit Nutzen zur Anwendung bringen können, wobei er besonders auf die latente Tetanie (Spasmophilie) eingeht, bei der eine in seiner Klinik von Blühdorn erprobte Technik der Anwendung sich in zahlreichen Fällen bewährt hat. Bei der Spasmophilie der Kinder handelt es sich in vielen Fällen um einen gefahrdrohenden Zustand, der möglichst schnell beseitigt werden muß; dies gelingt mit absoluter Sicherheit in 6—12 Stunden, allerdings nur durch große, aber wie die Erfahrung, die sich nunmehr auf weit über 50 Fälle erstreckt, lehrt, in absolut ungefährlicher Weise auch beim zartesten Kinde durch heroische Dosen. Es verschwindet meist zuerst die Krampfneigung, dann Fazialisphänomen und elektrische Übererregbarkeit, zuletzt erst die Unruhe, soweit sie durch die Spasmophilie bedingt ist. Dieses erste Resultat wird erreicht durch erst zwei-, dann dreistündlich verabfolgte Dosen von Calc. chlor. crist. von $1\,{}^1/_2$—2 g (siccum die Hälfte). Die gleichen Dosen sind von Calc. lactic., etwa ${}^2/_3$ davon von Calc. acetic. zu geben. Doch ist Calc. lactic. nicht ganz sicher. So kommt man in den ersten 24 Stunden auf 8—14 g des erstgenannten Mittels, wobei zweckmäßig die größere Menge auf die ersten Stunden verteilt wird.

Die zweite Aufgabe, nämlich den günstigen Zustand zu erhalten, erreicht man dadurch, daß man etwa 6mal täglich 1,5 g Calc. chlor. crist. bzw. Calc. lactic. oder 1,25 Calc. acetic. verabfolgt. Am 4. Tage gibt man nur 4mal dieselbe Dose und geht ungefähr jeden zweiten Tag ein wenig herab, so daß man vom 8. Tag an nicht mehr als 5—6 g Calc. chlor. crist. oder 6—8 g Calc. lactic. bzw. 5 g Calc. acetic. verbraucht. Jetzt fällt man weiter bis auf 4 g, das chronisch gegeben werden darf

und das durch Calciumbromid in der etwa äquivalenten Menge von 2g beliebig, aber, wie Verf. glaubt, ohne Vorteil ersetzt werden darf.

Bei diesem systematischen Abstieg erlebt man jedoch häufig, daß die elektrische Übererregbarkeit und das Fazialisphänomen sich wieder einstellen. Auch leichteste Stimmritzenkrämpfe hat Verf., wenn auch nicht häufig, schon bei mittleren oder kleinen Dosen eintreten sehen. Dann empfiehlt es sich, 3mal 2stündlich die erste Dose wiederzugeben und mit den 4stündlichen Dosen des zweiten Tages wieder anzufangen.

Der Zweck der ganzen Kalktherapie ist, daß wir die Gefahr sofort beseitigen, die Schädigung des Gehirns durch dauernde Krämpfe sofort ausschalten und in den seltenen Fällen von organischem Hirnleiden mit Spasmophilie den Anteil, den die letztere am Krankheitsbilde hat, sogleich bestimmen können, ohne auf den Erfolg einer alimentären Therapie zu warten. Das Wichtigste ist aber namentlich, daß man vom ersten Tag ab, ohne die Krampfgefahr in Kauf zu nehmen, das Kind so ernähren kann, wie es sein sonstiger Zustand erfordert, das Mehlkind mit Milchdiät, das an Durchfall erkrankte gegebenenfalls mit Eiweißmilch, ja mit großen Dosen Eiweißmilch. Daneben versteht es sich von selber, daß man bei Milchnährschaden und Rachitis mit milcharmer, gemischter Kost ernähren und auch beim Kinde im zweiten Lebensjahre die Milch ganz streichen kann. Man hat also die Freiheit und die Ruhe, das Kind sofort zu ernähren, wie es für den Zustand seiner Konstitution oder seiner Verdauungsorgane am besten ist. Damit schafft man die sicherste Basis für die Heilung der Spasmophilie, die man durch Kalk nicht heilt, sondern nur ausschaltet.

So schiene die Kalktherapie dieser Krankheit eine vollständig gelöste Aufgabe zu sein. Sie wird aber leider sehr erschwert durch den schlechten, ja abscheulichen Geschmack des Mittels. Ein Teil der Säuglinge zeigt einen sehr viel weniger ausgebildeten Geschmack, als ihrem Alter entspricht, und diese nehmen anstandslos folgende Mixturen:

Liq. ammonii anisati	2,0
Gummi arabici	3,0
Solut. Calcii chlorati crystallisati (30,0)	250,0
Sir. simpl. sive Rubi Idaei ad.	300,0.

Bei vielen ist es besser, den Kalk einfach der Milch oder der Mittagssuppe zuzusetzen. Man gebe dann eben am ersten Tage 7mal kleinere Mahlzeiten, am zweiten und dritten Tage sechs und dann erst die üblichen fünf. Schwierigere Säuglinge nehmen das leider nicht so zuverlässige Calc. lactic. lieber, das man dann in 5%iger Lösung aufschreiben muß, weil die 10%ige ausfällt, vor dem Gebrauch also zum mindesten erwärmt oder umgeschüttelt werden müßte. Auch bei den seltenen Fällen von Auftreibung des Leibes und der ebenso seltenen Neigung zum Brechen ist diese Art der Verabfolgung vorzuziehen. Hinzufügen möchte Verf. noch, daß selbstverständlich jeder Fall, der im Krampfzustand in Behandlung kommt, namentlich aber jeder Fall mit schweren Stimmritzenkrämpfen zu allererst ein einmaliges Chloralklistier erhält, um einstweilen beruhigt zu sein, bis der Kalk Zeit hat zu wirken.

Grätzer.

Georg Lomer. Zur Kenntnis der Schriftstörung bei Chorea. (Aus der Nervenpoliklinik von Dr. Toby Cohn, Berlin.) (Ebenda.) Bei einem 8jährigen Knaben zeigten sich schon mehrere Wochen vor Auffälligwerden sonstige Erscheinungen, charakteristische Veränderungen in der Schrift. Diese müssen also als Frühsymptom der Chorea gewürdigt werden. Grätzer.

Roux (Lausanne), Eine einfache Behandlung des Mastdarmvorfalles. (Ther. Mh. 1914 Nr. 8.) Verf. verfährt folgendermaßen: Nach Reduktion des Prolapsus und Toilette der Umgebung wird der linke Zeigefinger so hoch als möglich in den Mastdarm eingeführt und die Verschieblichkeit in toto sämtlicher Schichten der Rektalwand genau präzisiert. Dann wird eine 6—10 cm lange Pravazsche Nadel eingesteckt, und zwar mit der Darmwand parallel, ganz genau und dicht an der äußeren Darmschicht, was mit dem eingeführten Finger sehr leicht abzuschätzen ist. Eine halbe oder volle Spritze absoluten Alkohols wird dann beim Zurückziehen der Nadel im pararektalen Bindegewebe eingespritzt. Wenn man wie beim Scheibenschießen sich ausdrücken darf, so könnte man um 6 Uhr den ersten Einstich machen, wobei die Nadel hinter dem Rektum auf der Mittellinie käme. Vom gleichen Einstich wird die Zone zwischen 8 Uhr und 4 Uhr, d. h. zwischen Rektum und Coccys, mit Sacrum besorgt. Um 9 Uhr und 3 Uhr werden noch Extrastiche gemacht, während die vordere Hälfte des Zylinders bei Mädchen wie bei Knaben vorsichtiger behandelt wird, d. h. nicht so tief, als daß man für das Cavum Douglasii zu fürchten hätte.

Verf. hat bei Kindern unter 2 Jahren 2—4 oder 6 ccm eingespritzt, ohne irgendwelche Nachteile. Die gleiche Dosis Alkohol hätte man nicht per os geben dürfen, aber bis auf 10 ccm ist Verf. schon gestiegen, was nicht notwendig ist. Die Resorptionsverhältnisse des absoluten Alkohols sind doch derart, mitten im laxen Bindegewebe, daß wir auch nicht allzu ängstlich zu sein brauchen!

Bei ganz kleinen Kindern hat man den Eindruck, daß der Mastdarm plus Zeigefinger die untere Partie des Beckens so vollständig ausfüllt, daß von einem Risiko, die Peritonealhöhle zu erreichen, kaum die Rede sein kann. Trotzdem hat Verf. es immer vermieden, mit der Douglasschen Tasche ungeniert in Konflikt zu geraten.

Die Einspritzungen werden in Narkose gemacht, und Verf. machte nicht einmal die Beobachtung, daß die Kinder nach der Operation länger geschlafen hätten, als ohne Alkohol vorauszusehen.

Auf dem After, parallel mit der Rima und in derselben eingebettet, wird eine fingergroße Gazerolle durch einen Leukoplaststreifen fixiert, und zwar um den ganzen Unterleib herum. Hat man die Gazerolle gut mit Vaselin bestrichen, so kann das Kind ganz leicht seinen Stuhl unter die Rolle entleeren und bleibt der Verband 3—8 und mehr Tage liegen, oder aber er wird auf die gleiche Weise erneuert. Die Nates müssen gut aneinander gebracht werden, und die Gazerolle 6—8 cm lang sein, damit sie in situ bleibt. Der Leukoplaststreifen ist 4—5 cm breit und, wie bekannt, reizt die Haut gar nicht.

Nach etwa 14 Tagen läßt man die Kinder frei und behält sie noch einige Tage zur Kontrolle.

Wurde die kleine Operation etwas zaghaft vom Anfänger gemacht, oder hatte man beim ganz jungen Alter oder elendem Zustand des Patienten äußerst vorsichtig einspritzen müssen, so ist es ratsam, eine zweite Sitzung vorzunehmen. Grätzer.

C. Holste, Ein wasserdichter Nabeldauerverband für Neugeborene. (Aus der Provinzial-Hebammenlehranstalt zu Stettin). (Zbl. f. Gynäk. 1914 Nr. 33.) Verf. ging von der Erwägung aus, daß es erwünscht ist — wenigstens für die ersten Lebenstage — den Nabelschnurrest gegen Berührung mit dem Badewasser sicher zu schützen. Ein wasserdichtes Verbandmaterial durfte jedoch nur dann in Frage kommen, wenn es die Eintrocknung nicht wesentlich verzögerte. Diese Überlegung führte auf einen Stoff, der in der Kleiderkonfektion zur Anfertigung von Regenmänteln dient und dadurch ausgezeichnet ist, daß er den Körper vor Durchnässung bewahrt, ohne deshalb die Verdunstung zu verhindern. Die Probe auf Wasserdichtigkeit stellte Verf. in der Weise an, daß er 14 Tage lang auf einem ausgespannten Stück dauernd etwa 1 l Wasser stehen ließ; hierbei blieb die Unterfläche des Stoffes stets trocken. Von der Luftdurchlässigkeit des Materials kann man sich leicht überzeugen, wenn man dagegenbläst. Aus dem Stoff, der sich bei einer 30 Minuten währenden Trockensterilisation durchaus nicht verändert, werden quadratische Stücke von 6 cm Seitenlänge geschnitten, deren Verwendung folgendermaßen geschieht: Abnabelung und Reinigung des Kindes gemäß der Vorschrift des Hebammenlehrbuches; beim Abreiben des Körpers steriles Öl. Nach dem Bade wird die Nabelschnur etwa $^1/_2$ cm vom Ansatz entfernt mit sterilem Catgutfaden Kuhn, Nr. 5, unterbunden und dicht darüber durchtrennt. Während man den Nabelstumpf mit alkoholgetränkter Watte bedeckt hält, wird die umgebende Haut ebenfalls mit Alkohol gründlich gereinigt und sodann der Nabel mit einem Stückchen trockener, keimfreier Watte versehen. Verf. benutzt den absoluten Alkohol. Nach völliger Trocknung der Haut wird das zugeschnittene Stück Zeug vermittels des Beiersdorfschen Leukoplastes ($2^1/_2$ cm breit) in der Weise befestigt, daß je eine Hälfte der Breite des Pflasterstreifens Stoff und Hautfläche bedeckt. Zur größeren Sicherheit empfiehlt sich für die ersten 4—5 Stunden die Anlegung einer Nabelbinde. Nach dieser Zeit ist der Verband genügend zuverlässig, so daß dann nicht nur das Eindringen von Badewasser, sondern auch die Verunreinigung der Nabelwunde durch die kindlichen Exkrete verhindert wird. Einer weiteren Verwendung der Nabelbinde muß jetzt mit Rücksicht auf die möglichst schnelle Eintrocknung des Nabelschnurrestes unbedingt widerraten werden. Am 6. Tage erfolgt die Abnahme des Verbandes, und danach wird die Wunde im Anschluß an das tägliche Bad in der gewöhnlichen Weise mit steriler Watte und Nabelbinde versorgt. Die den Nabelschnurrest bedeckende Watte war bei der Lösung des Verbandes in der Regel vollkommen trocken. In keinem Fall ist eine Infektion oder Blutung aufgetreten; auch Hautreizungen infolge des Pflasters sind nicht beobachtet worden.

Die geschilderte Nabelbehandlung entspricht am meisten dem von Ahlfeld wiederholt empfohlenen Verfahren. Der wesentliche Unter-

schied beruht darauf, daß der sterile Dauerverband das tägliche Baden des Kindes nicht ausschließt. Die Materialkosten sind in Anbetracht dessen, daß die Abnahme erst am 6. Tage erfolgt, als unerheblich (etwa 4 Pfennige) zu bezeichnen. Verf. möchte die Methode zunächst nicht in der allgemeinen Hebammenpraxis angewandt wissen, es sei denn, daß der Arzt selbst den Verband anlegt; gut brauchbar ist sie jedoch für Anstalten, wo einigermaßen geschickte und in der Asepsis geschulte Hebammen ohne besondere Schwierigkeiten die Technik erlernen können. Der Gewinn, der aus der Sicherheit des Wundschutzes und dem Fortfallen einer besonderen Nabelbehandlung in den ersten Lebenstagen erwächst, rechtfertigt die Empfehlung.

Der Stoff ist von der Firma A. Kulbatzki, Stettin, Paradeplatz 11 zu beziehen; $^1/_4$ m (1,40 m breit): 3,50 Mk. Grätzer.

Ernst Frey, Zur Histopathologie der infantilen Form der familiär-amaurotischen Idiotie. (Virch. Arch. 213. 1913 H. 2/3.)

Histologischer Befund in einem Fall von familiär-amaurotischerIdiotie. Färbung nach Nissl und Bielschowsky. Makroskopisch waren weder am Hirn noch am Rückenmark Veränderungen auffindbar; Histologisch: wie in den Schafferschen Fällen, erlitten alle Zellen der Hirnrinde eine Blähung oder Schwellung und eine Dekomponierung des endozellulären Netzes; diese Blähung betraf nicht nur den Zellkörper, sondern auch die Fortsätze. Der Achsenzylinder bleibt meist unverändert. Sehr charakteristisch für die Tay-Sachssche Krankheit ist das Verhalten der Purkinjeschen Zellen im Kleinhirn. Bei diesen Zellen betrifft die Lähmung außer den Zellkörpern die Dendriten, in Form von enormen ballonförmigen Schwellungen, wodurch die Purkinjezellen eine monströse Gestalt annehmen können. Bei diesen Zellen kann öfters eine Lähmung auch am Achsenzylinder bemerkt werden.

Die Spinalganglien zeigen außer der Blähung der Ganglienzellen keine solchen Veränderungen, welche für die familiär-amaurotische Idiotie spezifisch wären, denn die Proliferation der Satelliten kommt bei allen krankhaften Veränderungen der Spinalganglienzellen vor.

Kurt Mendel.

K. Frankhauser, Über die Wirkung des Luminals auf epileptische Anfälle. (Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 17. 1913 H. 4.)

In 6 Fällen von Epilepsie wirkte Luminal günstig, in 3 davon „geradezu hervorragend“. Eine Dosis von 0,3 pro die (0,1—0,3 pro dosi) scheint auch in schweren Fällen zu genügen; höhere Dosen beeinträchtigen das Sensorium. Keine kumulierende Wirkung, kein Nachlassen der Wirksamkeit. Bei einer Indikation zum Einstellen der Brommedikation sollte das Luminal zurzeit das Ersatzmittel der Wahl sein.

Verf. gab Luminal 9 weiteren, meist an zahlreichen und schweren epileptischen Anfällen leidenden Kranken 2—4 Wochen lang nach plötzlichem Aussetzen des Broms. In einem einzigen dieser Fälle trat ein Status auf, obwohl 2 davon beim Einschränken der Bromverabreichung bereits schwere Staten durchgemacht hatten.

Kurt Mendel.

Maximilian Sternberg, Symmetromanie. (Deutsche Zschr. f. Nervenheilk. 47 u. 48. 1913.) Verf. beschreibt folgende typische Zwangshandlung als „Symmetromanie". Patient fühlt sich gezwungen, gewisse Bewegungen symmetrisch auszuführen, insbesondere unabsichtliche oder reflektorische Bewegungen der einen Körperhälfte mit der anderen symmetrisch zu wiederholen, so daß er erst dann befriedigt ist, wenn er in den betreffenden Regionen beider Körperhälften analoge Berührungs- oder Lageempfindungen hat. Verf. berichtet über 3 solche Fälle, alle 3 in jugendlichem Alter. Im ersten Falle handelte es sich um eine leichte Pubertätspsychasthenie, im zweiten um eine Maladie des Tics, im dritten um ein abnormes Kind mit zurückgebliebener Entwicklung der Geschlechtsorgane.

Die „Symmetromanie" scheint zu den prognostisch günstigen Formen von Zwangshandlungen zu gehören. Kurt Mendel.

R. Krukenberg, Sind Retroplazentar- und Nabelvenenblut zur Diagnose der mütterlichen bzw. kindlichen Syphilis durch die Wassermann-Neisser-Brucksche Komplementbindungsreaktion verwendbar? Eine klinische Studie. (Aus der Abtl. für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe des Herzogl. Krankenhauses in Braunschweig.) (Zschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie 74. 1913 S. 451.) 1. Das aus dem Retroplazentarblut gewonnene Serum ist zur Anstellung der Wa.R. und zur Beurteilung der Frage, ob Lues bei der Mutter vorliegt, allein unbrauchbar, weil es schon bei anscheinend gesunden Müttern 30% positive Ausschläge der Wa.R. gibt. Dieser Prozentsatz positiver Reaktionen steigt bei pathologischen Geburtsfällen auf 36,5%, bei langer Geburtsdauer und besonders bei starker Wehentätigkeit auf 46,1%, bei Eklampsie intra und post partum sowie bei erschwerter und regelwidrig verlaufener Nachgeburtslösung und Ausstoßung ohne Lues auf 55,5%. Narkose der Mutter, Fieber, Blutverluste in der Nachgeburtszeit über 500 g vermehren die Zahl positiver Wa.R. des Retroplazentarblutes nicht erheblich. Will man an der Prüfung des Retroplazentarblutes festhalten, so bedarf sie in den Fällen positiven Ausfalls der Wa.R. der Nachprüfung am Armvenenblut, wodurch immerhin eine Verminderung der Armvenenpunktionen erreicht würde.

2. Der positive Ausfall der Wa.R. im Retroplazentarblut beruht mit Wahrscheinlichkeit auf der Anwesenheit von Eiweiß-Lipoidverbindungen, die aus der Placenta stammen, wenngleich die Resultate der Wa.R., die an Mischungen durch Austitrierung und an Fällen mit regelwidriger Nachgeburtszeit gewonnen sind, nicht immer übereinstimmen.

3. Das Nabelvenenblut gesunder und von gesunden Müttern geborener Kinder gibt regelmäßig einen negativen Ausfall der Wa.R. in pathologischen Fällen eine positive Wa.R., nur bei Lues hereditaria, niemals bei Eklampsie der Mütter, bei Frühgeburten ohne Lues, niemals nach Narkose, Fieber intra partum, langer Geburtsdauer, Blutungen oder sonstigen Regelwidrigkeiten in der Nachgeburtszeit, auch nicht bei tief asphyktisch oder totgeborenen Kindern.

4. Der negative Ausfall der Wa.R. im Nabelvenenblut schließt

aber eine erst unter der Geburt erworbene kindliche Syphilis nicht aus; desgleichen ist eine klinisch symptomlose hereditäre Lues der Neugeborenen trotz negativem Ausfall der Wa.R. im Nabelvenenblut nicht ausgeschlossen, wenn die anscheinend gesunde Mutter positiv reagiert, bei ihr also eine Lues im Latenzstadium wahrscheinlich ist, oder wenn eines oder beide Eltern manifeste Lues haben. In allen diesen Fällen ist die serodiagnostische Kontrolle des Kindes mehrfach in längeren Zwischenräumen zu wiederholen.

5. Der negative Ausfall der Wa.R. im Nabelvenenblut gesunder Neugeborener wird durch Zumischung von Plazentarpreßsaft zum Nabelvenenblut nur in 5% der Fälle in eine positive verwandelt, in 95% bleibt er negativ. Auch durch Beimischung von Fruchtwasser oder durch Ausstreichen der Nabelschnur bei der Blutgewinnung wird die Wa.R. des Nabelvenenblutes nicht geändert.

6. Trotz den gemachten Einschränkungen ist das Nabelvenenblut zur Erkennung der hereditären Syphilis des Neugeborenen gut geeignet und seine Prüfung durch die Wa.R. deshalb in Entbindungsanstalten in allen Fällen, in der Privatpraxis mindestens in allen auf Lues verdächtigen Fällen neben der serologischen Prüfung des mütterlichen Armvenenblutes empfehlenswert. K. Boas (Halle a. S.)

R. Kudicke und **H. Sachs**, Über das biologische Verhalten roher und gekochter Milch. Immunisierungs- und Komplementbindungsversuche. (Aus der experimentell-biologischen Abteilung des Kgl. Institutes f. exper. Therapie in Frankfurt a. M.) (Zschr. f. Immunitätsforschung u. exper. Therapie 20. 1913 H. 4.) 1. Die Untersuchung einer Reihe von Laktosera mittels Komplementbindung ergab bei geeigneter Versuchsanordnung ein mehr oder weniger starkes Übergreifen der Reaktion auf das homologe Blutserum.

2. Zur sinnfälligen Demonstration der mit dem Blutserum reagierenden Partialantikörper sind in der Regel hohe Laktoserumdosen erforderlich, während eine Reduktion der Antiserummenge, wie das im allgemeinen für die Komplementbindung zutrifft, die Möglichkeit schärferer Differenzierung gewährt.

3. Im Gegensatz zu den durch Immunisierung mit roher Milch gewonnenen Laktosen wirken die Antisera der eine halbe Stunde lang gekochten Milch nur auf Milch, nicht auf Blutserum.

4. Serumantisera geben bei geeigneter Versuchsanordnung auch mit homologer Milch Komplementbindung. Dieses Übergreifen der Reaktion unterbleibt, wenn die Milch gekocht ist.

5. Es gelingt derart, rohe und gekochte Milch durch Komplementbindung zu unterscheiden.

6. Die erhobenen Befunde finden ihre Erklärung durch das Vorhandensein koktostabiler und koktolabiler Rezeptoren in der Milch und die biologische Isolierung des Kaseins durch den Kochprozeß. K. Boas (Halle a. S.).

E. Rodelius, Über das Vorkommen von Diphtheriebazillen im strömenden Blut. (Aus dem Allgem. Krankenhaus Hamburg-Eppendorf, III. Medizinische Abtl.) (Zschr. f. Hygiene u. Infektions-



krankheiten 75. 1913.) Die Untersuchungen des Verf. bestätigen das Vorkommen von Diphtheriebazillen im strömenden Blut.

Die Diphtheriebakteriämie gehört zu den größten Seltenheiten (unter 187 Fällen mit 196 Blutentnahmen nur dreimal).

Sie braucht an sich nicht zum Tode zu führen.

Die Diphtheriebazillen können schon tagelang vor dem Tode im Blut kreisen.

Es gibt eine temporäre Bakteriämie, wie aus den Leichenblutbefunden hervorgeht.

Letztere bestätigen ebenfalls die Seltenheit des Vorkommens der Diphtheriebazillen im Blut (unter 70 Fällen des vorliegenden Materials keinmal). K. Boas (Halle a. S.).

A. Trepper, Über die Gewichtsabnahme der Neugeborenen. (Aus der Univers.-Frauenklinik in Gießen.) (Inaug.-Dissert. Gießen 1913.) Die Gewichtsabnahme im Verhältnis zum Anfangsgewicht ist am größten bei nicht ausgetragenen und schwachen Kindern, am niedrigsten bei den Kindern mittleren Gewichts, sie steigt dann wieder mit zunehmendem Anfangsgewicht (nicht nur absolut, sondern auch relativ), wofür der Grund wohl in größerer Einwirkung des Geburtstraumas zu suchen ist.

Geburtshilfliche Operationen haben keinerlei in größerer Gewichtsabnahme sich ausdrückende Schädigung der Kinder zur Folge, desgleichen gilt dies auch nicht im allgemeinen für Krankheiten der Mutter in der Schwangerschaft; wohl aber kommen solche Schädigungen öfters nach langer Geburtsdauer und nach Asphyxien vor.

Die zeitliche Dauer der Gewichtsabnahme über den 1.—2. Lebenstag hinaus wird im wesentlichen durch die Größe der Nahrungsaufnahme bestimmt; durch das Hinzutreten von Icterus neonatorum wird sie verlängert. K. Boas (Straßburg i. E.).

Rehm, Ernährungsversuche mit vegetarischer Kost an geisteskranken Kindern. (Zschr. f. jugendl. Schwachs. 6. H. 1/3.) Sowohl in der Körpergröße wie an Körpergewicht stehen die idiotischen Kinder zum Teil erheblich unter dem Normaldurchschnitt. Die ungünstigsten Verhältnisse zeigt die Idiotie mit zerebraler Kinderlähmung, sei es mit oder ohne Epilepsie, die günstigsten die einfachen epileptisch-idiotischen Kinder. Hinsichtlich Gewicht und Größe zeigt die vegetarische Kost keinen nennenswerten Erfolg, und auf die Zahl der epileptischen Anfälle ist ein deutlicher Einfluß auch nicht erkennbar. Bei der progressiven infantilen Muskeldystrophie scheint die vegetarische Kost durch sehr starken Fettansatz ungünstig zu wirken. Ein sehr erheblicher Vorteil der vegetarischen Kost liegt in der leichteren Durchführung der Reinlichkeit und Regelung der Verdauung. Von diesem Gesichtspunkt aus empfiehlt sich die fleischlose (vegetarische) Ernährung idiotischer Kinder; denn die erleichterte Pflege hat ohne Zweifel auch einen günstigen Einfluß auf den gesamten Gesundheitszustand der Kranken.

H. Netter (Pforzheim).



B. Aus ausländischen Zeitschriften.

Sara Welt Kakels, Ein Fall von Polymyositis mit multiplen Kalkablagerungen bei einem 5jährigen Knaben. (New York Academy of Medicine, Sect. of Pediatrics.) (Pediatrics 1913 Nr. 3, März, S. 184.) In der Familienanamnese weder Lues noch eine erbliche nervöse Disposition verzeichnet. Ein $3^1/_2$jähriges Kind der seit 8 Jahren verheirateten Eltern gesund. Der Patient rechtzeitig und spontan geboren, Brustkind bis zum 8. Monat, normale Entwicklung bis zu seiner im 3. Jahr einsetzenden Krankheit. Die ersten Symptome waren Appetitverlust und Schwierigkeiten beim Gehen, er konnte keine Treppen steigen und ging auf den Zehen. 3 Wochen nach Beginn dieser Prodrome scharlachartiges Exanthem von 8tägiger Dauer. Nun schmerzhafte Schwellungen an Waden und Armen, Ödem und Rötung im Gesicht, besonders an den Lidern. Aktive und passive Bewegungen äußerst schmerzhaft. Sensorium während der ganzen Krankheit, die den Patienten völlig hilflos machte und ihn für 2 Monate ans Bett fesselte, frei. Deutliche Desquamation, kein Exsudat auf den Mandeln, Urin ohne Eiweiß. Die nacheinander befragten Ärzte sprachen von Enzephalitis, spastischer Paralyse, muskulärer Dystrophie, Poliomyelitis anterior, akutem Gelenkrheumatismus, toxischer Arthritis und Spondylitis. Langsame Besserung bei Massage. Mehrfache urtikarielle Eruptionen. Interkurrente leichte Masernerkrankung Ende 1911; die Besserung hielt bis Januar 1912 an, als wieder neuerdings Schmerzen und der frühere Zustand eintraten. Der Allgemeinzustand blieb ganz befriedigend. Im September 1912 Überführung in das Mt. Sinai-Hospital: stets subfebrile Temperatur. Sensorium frei, Intelligenz gut. Gesicht gedunsen, Hochgradiges Lidödem. Geringe universelle Drüsenschwellung, mäßige Milzvergrößerung. Von Zeit zu Zeit urtikarielle Ausschläge. Mechanische und galvanische Erregbarkeit der peripheren Nerven nicht gesteigert. Muskeln dürftig und schlaff. Linke Hand stark geschwollen, purpurfarben, ödematös, sehr druckempfindlich. Die gleichen Veränderungen, in geringerem Grad, an der rechten Hand. In den Glutaeen beiderseits gerstenkorngroße, harte, schmerzlose Indurationen. Pirquet und Wassermann negativ. Mikroskopische und chemische Untersuchung eines exzidierten Hautstückchens ergaben Kalkablagerungen im subkutanen Gewebe. H. Netter (Pforzheim).

A. Remy, Un cas de diabète chez un enfant de 9 ans. (Klinik Haushalter, Nancy.) (Pédiatrie 1914, Nr. 5, 15. März.) Der Fall befand sich ein ganzes Jahr in klinischer Beobachtung, vom November 1911 bis zum Tod am 1. Nov. 1912, nachdem er schon vorher, von April 1911 bis 25. Juni desselben Jahres im Hopital St. Pierre in Brüssel in Behandlung gewesen war. Zunehmende Schwäche, Abmagerung bei starker Nahrungsaufnahme, gesteigerter Durst, ständige und vermehrte Urinentleerung hatten die Eltern des 14 Monate an der Brust ernährten, aber stets schwierig aufziehbaren, klein und dürftig bleibenden jüdischen Knaben hierzu veranlaßt. Das Gewicht bei der Aufnahme war damals 16,500 kg. Im Liter Urin 25 g Zucker, außerdem Azeton und Azetessigsäure. Mit 22 kg Gewicht und zucker-

freiem Urin verließ der Knabe das Hospital am 25. Juni. Hier waren zwei intravenöse Salvarsan-Injektionen (0,1) gemacht worden, mit Rücksicht auf gewisse charakteristische Zahndeformitäten — Stellungsanomalien und Erosionen — bei der 7jährigen Schwester und bei dem Kranken selbst. Im November 1911 (11. Nov.) wurde er in die Klinik Haushalter aufgenommen, denn seit einiger Zeit aß und trank er weit über das gewohnte Maß und entleerte ebenso Urin; z. B. am 13. November wurden $3^1/_2$ l Wasser getrunken, 1800 ccm Urin entleert, er enthielt 51,43 g Zucker pro Liter, 92,57 g in 24 Stunden bei einem spez. Gew. von 1033. In die Zeit des Aufenthaltes in der Klinik fiel eine Erkrankung an Scharlach. Derselbe verlief ohne Komplikation, und auf den Ablauf des Diabetes hatte er keinen Einfluß.

Die Antezedenzien des Kindes halten besonders unsere Aufmerksamkeit fest: bei den Großeltern der Alkoholismus, Diabetes (bei der Großmutter väterlicherseits); bei den Eltern die Blutsverwandtschaft, die Syphilis, die Tuberkulose (chronisches Lungenleiden beim Vater), der Nervosismus. Zu diesen bedeutungsvollen Erblichkeitsfaktoren gesellen sich die ethnischen Faktoren. Nach französischer Anschauung findet man Diabetes häufiger bei den jungen Israeliten, die oft von Eltern mit arthritischen Erscheinungen stammen.

Die klinische Symptomatologie wich bei dem Knaben nicht von der des Diabetes ab: die Polyurie, die Polyphagie, die Polydipsie ließen die Diagnose sofort stellen und hielten während des ganzen Verlaufes an. Die Urinmengen waren stets sehr hoch, die tägliche Entleerung war etwa 2 l.

Die Glykosurie wurde zur Zeit der Salvarsankur weniger reichlich; bald danach wurde sie neuerdings festgestellt und änderte sich nicht, weder durch die Hg-Behandlung noch durch das Regime. Der ausgeschiedene Zucker war stets beträchtlich, aber sehr schwankend in der Quantität. Der Scharlach beeinflußte den Verlauf der Diabetes nicht. Dieser nahm einen progressiven Gang und endete mit Tuberkulose, Kachexie und dem diabetischen Koma.

Die Urinanalysen während des Scharlachs ergaben:

	Urinmengen	Spez. Gew.	Zucker pro Liter in g	in 24 Stunden
4. Dez.	1600	1012	6	7,2
10. „	900	1035	57,15	102,87
13. „	1000	1038	58,1	69,72
16. „	1700	1038	47,62	33,33
22. „	2000	1036	66,67	133,34
28. „	900	1036	49,53	44,57

H. Netter (Pforzheim).

Gourdon und **Dijonneau,** Scoliose et hypothyréoidie. (Revue d'Orthopédie 1914 Nr. 1.) Bei der Forschung nach der Ätiologie der Wirbelsäulenverkrümmungen der ihnen unterstellten Kinder haben die Autoren ihre Aufmerksamkeit besonders auf die Funktion der Schilddrüsen und deren Zusammenhang mit der juvenilen Skoliose gerichtet. Hierbei sind die Autoren zu der Ansicht gekommen, daß ein Teil der Skoliotiker etwa im 2. Lebensjahrzehnt an Hypothyreoidie

leidet. Von 48 derartigen Kranken hatten 28 Skeletterkrankungen, und zwar allgemeine Wachstumsstörungen 12, Skoliosen 11, Kyphoskoliosen 4, Enge des Thorax 1. Die hauptsächlichsten klinischen Symptome waren Knochen- und Muskelschwäche, Fettansatz an bestimmten Körperstellen, an der Rückseite der Arme, am Bauch, an den Hüften und den Oberschenkeln. An diesen Stellen war die Schwellung teigig, die Haut kalt und zyanotisch; die Haare waren trocken und brüchig, die Augenbrauen schmal. Die Patienten waren apathisch und leicht ermüdbar, klagten über Rückenschmerzen und hatten vasomotorische Störungen. Bei den Mädchen bestand Amenorrhoe, bei den Knaben Zurückbleiben der Geschlechtsfunktionen. Die Skoliose ging stets mit einem Zusammensinken der Wirbelsäule einher. Aus einigen mitgeteilten Krankengeschichten solcher Patienten geht die Erfolglosigkeit der rein orthopädischen Maßnahmen hervor, andererseits der günstige Einfluß, den eine Schilddrüsenbehandlung alsbald hervorrief. Der Zusammenhang von Skoliose und Hypothyreoidie unterliegt für die Autoren keinem Zweifel; es ist für das Skelettsystem übrigens bereits jetzt durch zahlreiche Untersuchungen genügend bekannt. Den Einfluß der Schilddrüse muß man sich nach zwei Richtungen hin vorstellen: einerseits hat sie trophische Funktionen und regelt den Kalkstoffwechsel, andererseits hat sie entgiftende Eigenschaften. Daß Störung des Kalkstoffwechsels schädigend auf die Resistenz der Wirbelsäule einwirken kann, leuchtet unschwer ein. Die Aufhebung der antitoxischen Einflüsse der Schilddrüse auf die Wirbelsäule kann sich in der Weise geltend machen, daß dadurch die Resistenz gegen Infektionen der Wirbelkörper herabgesetzt wird. Bewiesen wird der Zusammenhang von Hypothyreoidie und Skoliose durch die Einwirkung, die in solchen Fällen durch Verabreichung von Schilddrüse erzielt wird. Es findet in relativ kurzer Zeit eine Längenzunahme des Körpers statt, die Wirbelbiegungen werden flacher. Natürlich darf daneben die orthopädische Behandlung nicht vernachlässigt werden. Verabfolgt wurde den Kranken frischer Schilddrüsensaft in Glyzerin. H. Netter (Pforzheim).

van Neck, Lésions congénitales ou obstétricales de l'épaule et du plexus brachial. (Journ. méd. de Bruxelles 1914, Nr. 11.) Der Symptomenkomplex der Geburts- oder Entbindungslähmung kann nach Verf.s Untersuchungen drei verschiedenen Krankheitsgruppen seine Entstehung verdanken; der echten Geburtslähmung, der Schulterdistorsion, der Epiphysenlösung am oberen Humerusende, welch letztere häufig mit der angeborenen Schulterluxation verwechselt worden ist. Endlich gibt es Mischfälle und Klumphandbildungen durch Plexusmißbildungen, die ein ähnliches klinisches Bild darbieten.

Verf. berichtet über seine 14 einschlägigen Beobachtungen.

3 Fälle zeigten die typische Erbsche Lähmung. Die Differentialdiagnose gegenüber den Epiphysenlösungen ist beim Neugeborenen oft unmöglich, da letztere niemals einen Bluterguß setzen. Die kompletten Plexuszerreißungen, von denen der Verf. einen einzigen Fall gesehen hat, führen zum Schlottergelenk der Schulter. Die echten Lähmungen führen zur Kontraktur des Bizeps, des Coracobrachialis, des Flexor

carpi ulnaris, der Pronatores und der Fingerbeuger. Die Prognose ist schlecht und wird um so trüber, je älter das Individuum ist.

Die Behandlung hat in Fixation des Armes in entgegengesetzter Haltung zu erfolgen. Bleibt der Arm nach 4—5 Wochen schlaff gelähmt, dann liegt eine Zerreißung vor, und man muß die Nervennaht machen.

Vier weitere Fälle hatten kongenitale Deformitäten der Arme in Form der Geburtslähmung. In zweien derselben operierte Verf. und fand Defekte im Bereich der 5. und 6. Zervikalwurzeln; in solchen Fällen enthält man sich besser jeden Eingriffs.

In 2 Fällen glaubt Verf. die von Lange beschriebene Distorsion der Schulter als Grundlage des Symptomenbildes der Geburtslähmung ansprechen zu dürfen, doch kann er keine anatomischen Beweise hierfür erbringen, auch erkläre die Distorsion der Schulter nicht die gleichzeitig bestehende Kontraktur des Bizeps und damit die Flexionskontraktur des Ellbogengelenks. Fest steht dagegen, daß die bei der Schulterdistorsion gesehene Gelenksteifigkeit auch bei der echten Geburtslähmung beobachtet wird. Die Langesche Erklärung des Abstehens des Schulterblatts sei rein theoretisch.

In 5 Fällen endlich handelte es sich nach dem Röntgenbefunde und auf Grund der klinischen Beobachtung um Epiphysenverletzungen am oberen Humerusende; diese können entweder Epiphysenlösungen oder intraepiphysäre Frakturen sein; beide Möglichkeiten liegen vor. Klinisch sind sie charakteristisch durch Verkürzung des Armes, durch Innenrotation und Abduktion, durch den Palpationsbefund, der den Humeruskopf hinten unter dem Akromion fühlen läßt. Im Röntgenbilde erkennt man die Verlagerung der Epiphyse nach hinten und außen und Zersprengung der Kerne in mehrere Teile, leichte Innenrotation und Abplattung der Epiphyse. Das Humeroskapulargelenk ist sehr steif. Hierbei spielt die Verschiebung der Kopfepiphyse die Hauptrolle, die Kapselschrumpfung an der Vorderseite ist sekundär. Sie hindert auch in Narkose die Außenrotation; hat man einmal die Achse des Collum in die Achse der Cavitas glenoidalis reponiert und hört man nun mit der redressierenden Bewegung auf, dann fühlt man sofort wieder die Reluxation nach hinten. Fixation des Armes in Hyperextension-Abduktion-Außenrotation gibt, wenn monatelang fortgesetzt, gute Resultate; bei älteren Kindern bleibt sie erfolglos. Dann muß man die supra- oder infrapektorale Humerusdurchmeißlung mit Detorsion ausführen; in einzelnen Fällen mag die Pektoralisdurchschneidung wertvoll sein. Da nach der operativen Detorsion des Humerus der Innenrotation und Pronation definitiv verloren gegangen sind, so ist diese Operation bei älteren Patienten nicht angezeigt.

Peltesohn (Berlin).

Israel Rosenthal und H. P. T. Oerum (Dänen), Behandlung von Magen-Darmkatarrh und Atrophie bei Säuglingen mit Malzsuppe. (Aus der II. Abt. des Kommunehospitals.) (Direktor Prof. Dr. Israel-Rosenthal.) (Festband anläßlich des 50jährigen Bestehens des Kommunehospitals. Bibliothek for Löger 1913 H. 1—3.) In diesem Zentralblatt 1906 S. 243 wurden die Resultate der Abteilung mit

dieser Ernährung ziemlich ausführlich beschrieben. Diese Abhandlung umfaßt die seit 1905 mit Malzsuppeernährung behandelten Fälle. Im ganzen wurden von 1. Januar bis 30. Juni 1912 728 Säuglinge mit Ernährungsstörungen behandelt, von diesen starben 181, d. h. 24,9%; wenn 41, die in dem Verlauf der ersten 24 Stunden starben, nicht mit berechnet werden, ist die Sterblichkeit 20,3%. Mit gewöhnlichen Milchgemischen wurden die leichter Angegriffenen behandelt, im ganzen 466, von diesen starben 100 (23,4%, — 41 moribunde Patienten 16%). Mit Malzsuppe wurden 262 behandelt, davon starben 72 (27,5%); da die Malzsuppensäuglinge 24—48 Stunden zuerst Gerstenwasser bekamen, werden bei ihnen keine moribunde gefunden. Mehr als 8 Tage wurde die Malzsuppe bei 242 Säuglingen angewandt, von diesen starben 28, d. h. 11,56%. (Weniger als 8 Tage wurde die Malzsuppe bei 55 versucht, 4 von diesen wurden zu anderen Krankenhausabteilungen überführt, ein Patient bekam nur 2 Tage die Malzsuppe; 50 starben innerhalb des Verlaufes der 8 Tage, davon 20 in den ersten 48 Stunden). Von den 242 Säuglingen, welche das Material der Verff. ausmachen, waren $^3/_5$ im ersten Vierteljahr. $^2/_5$ der Säuglinge wogen bei dem Anfang der Behandlung unter 3000 g. Die Indikationen der Malzsuppeernährung waren teils schwere Fälle von gastrointestinalen Katarrhen, teils bedeutende Atrophie. Diarrhoe war bei 209 Säuglingen (also über 86%) vorhanden; alle möglichen Formen wurden mit Erfolg behandelt, sowohl akute als chronische, alimentäre als infektiöse, auch Cholera infant., Fälle mit sauer riechenden und stinkenden Stühlen, und mit schleimigen, klumpigen, wasserdünnen Stühlen, auch Fettdiarrhoen. In 8 Fällen mißlang die Behandlung, und die Kinder gediehen durch andere Ernährung. Unter den 28, die starben, gediehen die Säuglinge nicht in 16 Fällen. Von Interesse sind die speziell günstigen Erfolge bei Säuglingen in den ersten 3 Lebensmonaten (129 Patienten, 12 starben, 2 ungeheilt, 115 genesen). Zahlreiche Tabellen und Gewichtskurven aller Patienten sind der Abhandlung beigefügt. Die Malzsuppeernährung wurde nur als Übergangsdiät empfohlen. (Rücksichtlich der Zubereitung der Suppe, die eine kleine Modifikation der Kellerschen ist, muß zu dem Referat in 1906 hingewiesen werden.)

Adolph H. Meyer.

C. G. Grulee, The relations of the parathyroid gland to infantile tetany. (Journ. of the Amer. med. Assoc. 21. Sept. 1912.) Klinische, pathologisch-anatomische und chronische Untersuchungen machen es wahrscheinlich, daß Läsionen der Nebenschilddrüsen die kindliche Tetanie verursachen; es ist aber keineswegs bewiesen, daß solche Läsionen in allen Fällen vorhanden sein müssen.

Kurt Mendel.

A. J. Galebski, Die Extraktion von Fremdkörpern aus den Luftwegen mittels der Bronchoskopie, besonders im Kindesalter. (Russk. Wratsch. 1913 Nr. 12.) Für die Diagnose von Fremdkörpern in den oberen Luftwegen ist die Bronchoskopie ein wesentliches Hilfsmittel, da die Röntgenuntersuchung nur dort von Wert ist, wo es sich um Metallkörper oder größere Knochenstücke handelt. Wichtig ist ferner auch die Anamnese: Plötzliche Dyspnoe, verbunden

mit unaufhörlichem Husten, die bei Kindern, besonders während des Essens, auftreten, müssen an die Möglichkeit der Aspiration eines Fremdkörpers in die oberen Luftwege denken lassen. Differentialdiagnostisch käme nur noch die Einkeilung eines Fremdkörpers am Ösophaguseingang in Betracht. Bei chronischen Fällen kann sich dann eine einseitige Bronchitis, eine katarrhalische Pneumonie, ein Lungenabszeß u. dgl. entwickeln. In den Fällen, wo die Patienten bereits mit hoher Temperatur und den Erscheinungen einer Pneumonie zur Aufnahme kamen, entsteht die Frage, ob die Bronchoskopie sofort oder erst nach Abklingen der Entzündungserscheinungen vorzunehmen sei. Der Verf. zieht ein sofortiges Eingreifen vor, da durch die Bepinselung der Luftwege mit Kokain (+ Adrenalin) eine Abschwellung derselben eintrete und Schleim, Speichel, Eiter freien Abfluß erhielten. Er arbeitete mit der von ihm angegebenen Modifikation des Kehler-Leiterschen Bronchoskops nach einer eigens von ihm ausgearbeiteten Technik. Die allgemeine Narkose wurde stets vermieden; kleine Kinder wurden ohne jede Anästhesie, größere durch Bepinselung des Kehlkopfeingangs mit 5—20 % Kokain-(+ Adrenalin-)lösung lokal unempfindlich gemacht. Verf. beschreibt dann ausführlich die von ihm bei Kindern in 6 Fällen ausgeführte Extraktion von Fremdkörpern vermittelst der Bronchoskopie. Alle Fälle genasen vollkommen. Die von den Autoren beschriebenen Fälle von Ödem der Stimmbänder sind durch Wahl entsprechender Bronchoskopröhren resp. durch die Dauer der bronchoskopischen Seance zu vermeiden. Dieselbe soll nicht länger als 15 Minuten betragen.

S. Rubinstein (Riga).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Vereinigung Sächsisch-Thüringischer Kinderärzte.

Offizielles Protokoll, Leipzig, 24. Mai 1914.

(Nach der D. m. W.)

Vorsitzender: Brückner (Dresden); Schriftführer: Hohlfeld (Leipzig).

1. Hohlfeld (Leipzig): **Soormykose der Haut.** Vorstellung eines am 2. Mai 1914 geborenen, vorwiegend künstlich ernährten Säuglings, dessen Haut besonders am Rumpfe besät ist mit winzigen roten Flecken und an Bauch und Rücken eine großblättrige Schuppung zeigt. Bei der ersten Vorstellung am 7. Mai dichter Soor der Mundhöhle und an Stelle der Fleckchen Eiterbläschen von gleicher Größe. In Ausstrichen aus denselben werden am 9. und 11. Mai Häufchen von Soorkonidien und einzelne Fäden nachgewiesen (Demonstration), Ausstrich auf Glyzerinagar am 13. Mai liefert eine Reinkultur von Soor. Demonstration dieser Kultur und der Organe eines Kaninchens, das am 15. Mai eine Öse der Kultur intravenös erhalten und am 18. Mai an allgemeiner Soormykose zugrunde gegangen war. Die in Heilung begriffene Soormykose des Säuglings wird auf eine direkte Infektion der Haut zurückgeführt. Ähnliche Fälle bei Ibrahim im Arch. f. Kindhlk. 55 S. 91 beschrieben.

2. Risel (Leipzig). **Familiäre Adipositas.** Vorstellung von drei Geschwistern, alle an der Brust nur dürftige Zunahme, am Ende des ersten Jahres aber beim Übergang zur künstlichen Ernährung auffallendes Fettwerden, das der Vortragende in Beziehungen zur exsudativen Diathese bringen möchte.

Diskussion. Rietschel bezweifelt diesen Zusammenhang. — Stöltzner fragt, wie sich das Längenwachstum verhielt. — Lange erkundigt sich nach der

Ernährung der Kinder. — Risel antwortet, daß Störungen des Längenwachstums nicht zu bemerken waren, die Nahrung habe in der gewöhnlichen gemischten Kost bestanden.

3. Thiemich (Leipzig): **Hirschsprungsche Krankheit.** Beide Kranken sind Knaben von $4^1/_2$ bzw. $5^1/_2$ Jahren mit einem typischen Bilde des Leidens. Der erste soll bis vor etwa zehn Monaten völlig gesund gewesen sein, der zweite hat bereits von der ersten Lebenszeit an eine hochgradige, nur durch Einführung eines Darmrohres zu beseitigende Obstipation dargeboten und ist damals längere Zeit in der Poliklinik des Kinderkrankenhauses behandelt worden. Vortr. erörtert auf Grund der von beiden Kranken gewonnenen Röntgenbilder nach Kontrastinfüllung des Darmes die in Betracht kommenden Erklärungsmöglichkeiten. Die von Harriehausen bei einem Falle der Czernyschen Klinik mit Erfolg durchgeführte Behandlung mit großen Atropindosen hat bei dem älteren Kinde mit der seit Geburt bestehenden Obstipation bereits einen unverkennbaren Erfolg erzielt, bei dem jüngeren scheint sie zu versagen. Nach Abschluß der Beobachtung sollen die Fälle ausführlich mitgeteilt werden.

Diskussion. Tillmanns (Leipzig) ist ebenfalls der Meinung, daß die Hirschsprungsche Krankheit zunächst durch Diät, Eingießungen, Einlegen eines dicken, weit hinauf geschobenen Darmrohrs, Massage, Elektrizität und Atropin behandelt werden soll. Von größter Wichtigkeit ist, daß die Kranken frühzeitig in sachgemäße klinische Behandlung kommen, dann werden sich die bisher noch so ungünstigen therapeutischen Erfolge immer mehr bessern, dann wird die Krankheit auch häufiger durch eine nichtoperative Behandlung geheilt werden können. Von besonderem Interesse ist die von Thiemich erwähnte günstige Einwirkung des Atropins auf die Darmentleerung. Atropin wird besonders dann günstig wirken, wenn die Obstipation durch nervöse Ursachen, besonders durch spastische Kontraktion des Kolons bzw. der Flexur bedingt ist, was wahrscheinlich häufiger vorkommt, als man bisher angenommen hat. Die operative Behandlung der Hirschsprungschen Krankheit ist dann indiziert, wenn die Kotstauung durch die angegebene interne Behandlung nicht beseitigt werden kann, besonders wenn es sich um einen akuten Darmverschluß durch Ventil- oder Klappenbildung mit Abknickung oder um Volvulus des zu langen und übermäßig dilatierten resp. der Flexur handelt. Außer diesen rein mechanischen Ursachen spielen aber auch, wie gesagt, nervöse Ursachen bei der Behinderung der Darmpassage eine Rolle, besonders die schon erwähnte spastische Kontraktion oder die Lähmung der Muskulatur des ausgedehnten Kolons und der Flexur. Muß operiert werden, dann empfiehlt Tillmanns, zuerst durch Anlegung eines Anus praeternaturalis die zuweilen ganz beträchtlichen Kotmassen zu entleeren. Später wird man dann die eigentliche heilende Operation vornehmen. Zuweilen gelingt es, vom Anus praeternaturalis aus das Hindernis der Darmpassage zu beseitigen. Als Operationen kommen in Betracht: die Kolopexie, die Enterostomose und die Resektion des Darmes an der Hindernisstelle oder ausgedehntere Resektionen am Kolon und an der Flexur. Durch das Emporheben der Flexur mittels Kolopexie hat man mehrfach den Klappenverschluß dauernd beseitigt. Gelingt die Kolopexie nicht, dann empfiehlt sich die Resektion der Hindernisstelle oder eine ausgedehntere Resektion des zu langen und dilatierten Kolons und der Flexur. Eine ausgedehntere Resektion des Colon transversum, Colon descendens und der Flexur kann man eventuell mittels der Invaginationsmethode nach Kümmell ausführen, indem man das Kolon und die Flexur nach vorheriger Unterbindung der Gefäße in genügender Ausdehnung durch den Anus herauszieht und hier reseziert (Perthes). Die Hirschsprungsche Krankheit kommt übrigens häufiger vor, als man früher angenommen hat. Danziger hat z. B. seiner Dissertation (Göttingen 1907) schon acht Jahre nach der ersten Mitteilung von Hirschsprung 110 Fälle aus der Literatur zusammengestellt. — Rietschel (Dresden): Atropindarreichung als wirksames Mittel gegen spastische Zustände ist nichts Neues. Das haben die alten Ärzte viel angewandt. Große Atropindosen bei Darmverschluß (Ileus etc.) wurden vor etwa zehn Jahren sehr empfohlen, und diese Therapie hat in der Literatur damals eine gewisse Rolle gespielt. — Hohlfeld (Leipzig) macht darauf aufmerksam, daß im Kindesalter die Bedingungen für die Entstehung der Hirschsprungschen Krankheit besonders günstig sind, er sah oft das S romanum bis an den Leberrand heranreichen. — Brückner (Dresden) fragt, ob sich mit Atropin ein Dauererfolg erzielen lasse. — Thiemich (Schlußwort) bejaht das für den Fall von Harriehausen.

4. Rietschel (Dresden): **Über das Vorkommen der hinteren Hals-Nackendrüsen bei Neugeborenen.** (Nach Untersuchungen von Herrn Dr. Janssen.) Bei einer großen Anzahl von Neugeborenen wurde vom Tage der Geburt auf palpable Nackendrüsen gefahndet. In fast der Hälfte der Fälle fanden sich schon in den allerersten Lebenstagen solch palpable Drüsen, öfter schon gleich nach der Geburt, auch bei einem durch Kaiserschnitt entbundenen Kind konnten deutlich palpable Lymphdrüsen konstatiert werden. Der Befund spricht dafür, daß nicht nur Infektionen für die Schwellung von Lymphdrüsen bei jungen Kindern in Betracht kommen, sondern daß sie primär auch aus anderen Ursachen größer werden können.

Diskussion. Thiemich glaubt doch, daß es sich bei den Drüsenschwellungen im wesentlichen um Infektionen handle. — Aschenheim denkt an einen Zusammenhang mit der Lymphozytenbildung, die in den ersten Lebenstagen gesteigert sei, weil die polynukleäre Leukozytose der Neugeborenen alsbald einem Blutbilde Platz mache, in dem die Lymphozyten vorherrschen. — Dünzelmann fragt, ob die Fühlbarkeit den Schluß zulasse, daß die Drüsen vergrößert seien. — Freise bezweifelt, daß die Lymphozytenbildung mit Drüsenschwellung einhergehe. — Friedemann sah bei der Schutzpockenimpfung in den ersten Lebensmonaten geringere Drüsenschwellung als später. — Rietschel (Schlußwort) möchte das mit einer passiven Immunisierung erklären, palpable Lymphdrüsen betrachte er nicht mehr als normal.

5. Dünzelmann und Schmitz: **Über den Wert der Röntgendiagnostik für die Klinik der kongenitalen Lues.** Vortr. röntgten bei etwa 60 kongenital luetischen Kindern die Extremitätenknochen. Sie demonstrieren an einer Auswahl des großen Materials, daß die Röntgenstrahlen in fast allen Fällen kongenitaler Lues Knochenerkrankungen osteochondritischer und periostitischer Art aufdecken, auch wenn klinisch keine Zeichen auf Knochenveränderungen hinweisen. Sie meinen, daß 1. die Radioskopie von Wert sein kann für die Unterstützung der Diagnose, daß 2. in zweifelhaften Fällen die Röntgenstrahlen direkt die Diagnose sichern können. Die Wa.R. wurde als Kontrolle angestellt. Vortr. glauben, daß es möglich sein wird, mit der Röntgenplatte mehr als bisher sich ein Bild von dem verschieden bösartigen Charakter der Lues zu machen. Ferner können die Röntgenaufnahmen als wertvolles Hilfsmittel zur Beurteilung der Erfolge der Therapie herangezogen werden, auch decken in bestimmten Zeitabschnitten wiederholte Aufnahmen bisweilen schon Knochenrezidive auf, wo die Wa.R. noch negativ ist, später erst positiv wird. Die Vortr. unterscheiden streng (neben der bekannten Osteochondritis) die epiphysäre, sekundäre Periostitis von der diaphysären Periostitis. Diese ist als eine unabhängig von der Osteochondritis auftretende selbständige Knochenerkrankung aufzufassen, die immer darauf hinweist, daß die Lues bereits in ein weiter vorgerücktes Stadium getreten ist. Im Hinblick auf die Häufigkeit und die Schwere der Knochenerkrankungen raten die Vortragenden, die Schmierkur, wegen der Schmerzhaftigkeit der Knochen, die immer vorhanden ist, und wegen der Gefahr der Epiphysenlösung nicht mehr anzuwenden.

Aschenheim hält die Prognose der Fälle mit Parrotscher Lähmung für günstiger als die Vortr. — Rietschel ist überrascht von der Häufigkeit der periostalen Prozesse. — Thiemich weist auf das häufig bestehende Mißverhältnis zwischen Osteochondritis und Parrotscher Lähmung hin.

6. Seiffert (Leipzig): **Der Keimgehalt der Milch, seine Beurteilung und Beeinflussung.** Seiffert demonstriert an einer Kurve, die aus zahlreichen quantitativ-bakteriologischen Milchuntersuchungen gewonnen ist, wie der Keimgehalt der frisch gewonnenen Milch von einem Niedrigpunkt allmählich auf einen je nach der Temperatur verschiedenen Hochpunkt ansteigt; dann auf mehr oder weniger lange Zeit, je nach der Temperatur ein Abfall des quantitativen Bakteriengehaltes erfolgt (bakterizide Phase), die dann endlich wieder von einem Steigen abgelöst wird. Die Hauptursache dieser „Gezeiten"- (ebbe- und flutartigen) Schwanken des Keimgehaltes ist der überwiegende Gehalt der Milch an den autochthonen, primären Milchsäurebakterien. Die auf diese Weise mögliche Messung des Bakteriengehaltes kann zur Beurteilung des Grades der Reinlichkeit bei der Gewinnung und Aufbewahrung von Milch benutzt werden.

7. Aschenheim (Dresden): **Über die Erfolge der Weber-Ramstedtschen Operation beim Pylorospasmus.** Bericht über fünf Fälle. Zwei von diesen sind nach der Originalmethode von Weber mit der Quervernähung des bis auf die Schleim-



haut durchtrennten Pylorusringes, die drei letzten mit der Modifikation von Ramstedt (unter Verzicht auf die Vernähung) operiert worden. In allen Fällen Heilung, trotzdem die Kinder in sehr schlechtem Zustande zur Operation kamen. Diese wurde stets in Lokalanästhesie ausgeführt. Nach der Operation wurde das Erbrechen sofort selten (1—2 mal pro die) und schwand im Laufe von einigen Wochen ganz. Vom Tage der Operation an begann stets eine gute Gewichtszunahme.

Diskussion. Rietschel hält die Weber-Ramstedtsche Operation für einen großen Fortschritt in der Behandlung des Pylorospasmus.

Rheinisch-westfälische Gesellschaft für innere Medizin, Nerven- und Kinderheilkunde.

33. Versammlung vom 17. Mai 1914 zu Bonn.

(Nach M. m. W. Nr. 42.)

Mönckeberg (Düsseldorf): 1. **Zur Frage des Elektrokardiogramms bei angeborenen Herzfehlern.** Seitdem Aug. Hoffmann, Nicolai und Steriopulo bei angeborenen Herzfehlern ein Elektrokardiogramm mit negativer R-Zacke beobachteten, ist dieser Befund von verschiedener Seite bestätigt worden, und man glaubte, in der Negativität der Initialschwankung ein wichtiges differentialdiagnostisches Merkmal bei kindlichen Herzaffektionen zu besitzen. Es lag nahe, die abnorme R-Zacke mit Veränderungen im Verlaufe des Atrioventrikularsystems in Zusammenhang zu bringen, da man ja vielfach annimmt, daß die Zacke den Ausdruck der Erregungsüberleitung darstellt. Nachdem aber die histologische Untersuchung eines angeborenen Herzfehlers, bei dem Th. Groedel die negative R-Zacke klinisch festgestellt hatte, einen normalen Verlauf des Systems ergeben hatte, neigte man mehr zu der Annahme, daß Lageveränderungen des Herzens, bedingt durch die bei angeborenen Vitien so häufige Hypertrophie des rechten Ventrikels, das abnorme Elektrokardiogramm hervorrufen, zumal man die negative R-Zacke auch bei erworbenen Herzfehlern, die mit starker isolierter Hypertrophie des rechten Ventrikels einhergehen (Trikuspidalinsuffizienz, Mitralstenose), fand. Im letzten Jahre haben Lohmann und Eduard Müller den experimentellen Beweis dafür erbracht, „daß Lageveränderungen des Herzens im Sinne einer Rotationsbewegung imstande sind, eine totale Umkehr der R-Zacke im Elektrokardiogramm hervorzurufen", indem sie bei Kaninchen das Herz künstlich so drehten, daß der rechte Ventrikel nach vorn und mehr nach rechts zu liegen kam. Dieser Beweis läßt sich nun auch durch den Nachweis führen, daß angeborene Herzfehler ohne Hypertrophie des rechten Ventrikels ein normales, und in der Kindheit erworbene Herzfehler mit isolierter Hypertrophie der rechten Kammer das abnorme Elektrokardiogramm zeigen. So ergab die Sektion eines 8 Monate alten Mädchens, bei dem klinisch ein normales Elektrokardiogramm mehrfach aufgenommen worden war, den sehr seltenen Befund einer totalen Atresie der Trikuspidalis mit rudimentärem rechten und exzentrisch hypertrophischem linken Ventrikel. Das Foramen ovale war weit offen, der Ductus Botalli dagegen geschlossen; zwischen linker und rechter Kammer fand sich eine Kommunikation in Gestalt eines subaortalen Septumdefektes, der zunächst in eine kleine, dem venösen Abschnitt des rechten Ventrikels entsprechende Höhle und von dieser durch ein eben für eine Sonde durchgängiges Loch in den rudimentären Conus arteriosus dexter führte. (Demonstration von Diapositiven.) Andererseits beobachteten wir bei der Sektion eines 15 jährigen Mädchens, das klinisch das für angeborene Herzfehler angeblich charakteristische Elektrokardiogramm mit der negativen R-Zacke gezeigt hatte, eine höchstgradige schlauchförmige reine Mitralstenose zweifellos endokarditischen Ursprungs mit geringer konzentrischer Hypertrophie des linken Vorhofs, starker exzentrischer Hypertrophie des rechten Vorhofs und namentlich des rechten Ventrikels und Atrophie des linken Ventrikels.

2. **Multiple Rhabdomyome des Herzens.** Bei einem 14 monatigen Kinde, das nach überstandenen Masern unter Symptomen, die auf eine Gehirnaffektion hindeuteten, gestorben war, fanden sich multiple subendokardiale Knoten von hell-



bräunlicher Farbe. Der größte (von etwa Linsengröße) saß dem Ansatzrande der Mitralis da, wo medianes und laterales Segel vorn zusammenstoßen, halbkugelig gegen das Vorhofslumen sich vorbuckelnd auf. Weitere kleinere fanden sich im Conus arteriosus dexter und reichten bis an den Ansatzrand der Pulmonaltaschen heran. Ferner war der Ansatzrand des medianen Trikuspidalsegels mit mehreren kleinen Knötchen derselben Beschaffenheit besetzt. Die an einer Scheibe aus dem größten Knoten vorgenommene mikroskopische Untersuchung zeigte einen Aufbau aus Elementen, die in ihrer Struktur und in ihrem reichlichen Glykogengehalt den Endausbreitungen des Atrioventrikularsystems, den sog. Purkinjeschen Fasern durchaus glichen. Am Gehirn konnte makroskopisch außer einer etwas derberen Konsistenz der Großhirnrinde nichts Besonderes nachgewiesen werden. Im Abdomen wurde eine Agenesie der rechten Niere und des rechten Ureters mit völligem Fehlen der rechtsseitigen Nierengefäße festgestellt.

Aus anderen Vereinen und Versammlungen.

C. Posner: **Harnleiter und Nierenbecken Neugeborener mit epidiaskopischer Demonstration.** Für gewisse Fälle von Hydronephrosen wird allgemein eine kongenitale Anlage angenommen. Posner hat an Leichen neugeborener Kinder Injektionen der Ureteren vorgenommen. Es zeigte sich, daß Verengerungen an der Kreuzung mit den Vasa iliaca und spermatica, dazwischen oft enorm starke Dilatationen bestehen. Posner folgert daraus, daß die Disposition zu Hydronephrose weit verbreitet ist. (Demonstration.)

Diskussion. Zondek: Die Verengungen haben ein klinisches Interesse, weil sie mitunter so hochgradig sind, daß schon ein einfacher Katarrh genügt, um Stockungen hervorzurufen, und weil Steine sich an diesen Stellen einklemmen. An den verengten Stellen soll man nicht einschneiden wegen der nachfolgenden Narbenkontraktur; man soll den Stein am besten ins Nierenbecken hinaufleiten. Wo das nicht gelingt, soll man an der physiologischen Weite einschneiden. — J. Israel: Für die Erklärung der Hydronephrose bleibt noch viel zu tun . Es ist das am wenigsten geklärte Gebiet. Nach eigenen Erfahrungen beruhen fast alle auf kongenitaler Anlage, ausgenommen die durch Wandernieren, Druck von Geschwülsten und den seltenen durch Steine bedingten. Sonst ist die Entstehungszeit der Hydronephrosen in eine sehr frühe Zeit zu verlegen. Mit Ausnahme eines Falles, wo der Ureter bis zur Blase erweitert war, hat Israel bei den operierten Fällen stets einen normalen Ureter gefunden. Die Ungleichheiten sind nicht die Ursache für die Hydronephrose. — Westenhoeffer: Das Nierenbecken übt bei der Kontraktion eine Druckwirkung und bei der Erweiterung eine Saugwirkung aus. Es könnte Zustände geben, wo dieser Mechanismus unvollständig wirkt und so zur Entstehung einer Hydronephrose führt.

3. Hans Friedenthal: **Ernährung von Säuglingen nach physiologischen Grundsätzen mit Friedenthalscher Kindermilch und Gemüsepulvern.** Die Korrelationen der einzelnen Ionen wie der Nährstoffe ist von erheblicher Wichtigkeit für die Zusammensetzung der künstlichen Nahrung. Jeder ausgleichbare Unterschied zwischen Frauenmilch und künstlicher Nahrung muß ausgeglichen werden. Die nach diesen Gesichtspunkten hergestellte Friedenthalsche Kindermilch hat sich in dreijähriger Prüfung an mehreren Säuglingen sehr bewährt. Diese Milch enthält $4^1/_2\%$ Fett und 7% Milchzucker. Die stopfende Wirkung des Fettes wird aufgehoben durch die hohe Milchzuckermenge. Kuhmilch und noch mehr künstliche Nährmischungen enthalten sehr wenig Kernstoffe, von denen ein Teil noch durch das Kochen zugrunde geht. Friedenthal gelang es, rohe trinkfertige Kindermilch herzustellen und damit eine wichtige Eigenschaft der Muttermilch zu erreichen. Eisen- und Kernstoffbausteine führt Friedenthal den Säuglingen vom fünften Monat ab durch Gemüsepulver von allerfeinster Verteilung zu, so daß sie selbst der chronisch erkrankte Darm ausnutzen kann.

Diskussion. Langstein: Die Friedenthalsche Milch ist nach den Prinzipien der Korrelation konstruiert worden. Aber sie ist natürlich kein vollwertiger Ersatz für die Frauenmilch. Man erzielt mit ihr bessere Resultate als mit anderen

Milcharten. Es muß auf diesem Wege weiter gegangen werden, um unabhängig von der Fabrik und vom Stall eine billige Mischung für jede Mutter zu schaffen. Das heißt natürlich nicht ein Nachlassen der Stillpropaganda, aber mehr wie 50% stillender Frauen sind nicht zu erzielen. Gekochte Milch gibt im allgemeinen keine schlechten Resultate, doch die Möglichkeit besteht, daß die kernbildenden Substanzen notwendig sind. Die Kolostralernährung ist nicht zu ersetzen. Die Frage, ob man den Kindern frühzeitig Gemüsepulver geben wird, ist zunächst noch offen. Die Ausnützung der Gemüsepulver ist gut.

(B. m. Gesellsch. 25. II. 1914.)

Fabian: a) **Multiple kavernöse Hämangiome.** — b) **Kavernöse Hämangiome des M. coracobrachialis.** a) Die Tumoren entwickelten sich bei dem jetzt 14 jährigen Mädchen vom 11. Lebensjahr an allmählich, nachdem die erste Periode aufgetreten war. Sie liegen überall im subkutanen Gewebe, sind stecknadelkopf- bis walnußgroß, leicht verschieblich (und auslösbar); die meisten sind ganz weich, einige fester. Alle Körpergegenden sind beteiligt, stellenweise die Beugeseiten bevorzugt. An den Phalangen sind die Knochen stellenweise usuriert. Mikroskopisch handelt es sich um kavernöse Hämangiome; in zahlreichen von ihnen finden sich Venensteine. In der Literatur sind nur etwa 10 ähnliche Fälle bekannt. — b) Junges Mädchen. Wegen Drucks auf den N. musculocutaneus bestanden Schmerzen. Einige Phlebolithen wurden röntgenologisch diagnostiziert.

Hohlfeld: **Arsendermatose.** 9 jähriges Mädchen, das wegen Chorea vom 14. November 1913 bis 20. Januar 1914 mit Arsen behandelt wurde. Es bekam Sol. Fowleri mit gleichen Teilen Bittermandelwasser, zuerst 3 mal 8 gtt täglich, alle 5 Tage einen Tropfen mehr bis 3 mal täglich 17 gtt, dann ebenso langsam auf die Anfangsdosis zurück. Bei dieser Behandlung trat in der 7. Woche ein Erythem an der Streckseite beider Handgelenke auf und breitete sich von hier aus an der Ulnarseite der Vorderarme gegen die Ellbogen hin aus; es röteten sich die Streckseiten der Ellbogen, der Grund- und Mittelgelenke der Finger, und ähnliche Stellen traten an den vorspringenden Punkten des äußeren Fußrandes auf. Alle diese Stellen fingen bald an zu schuppen, und die Haut fühlte sich an ihnen und an den Handtellern leicht verdickt an; in der Schilddrüsengegend, an den Achseln und den Leisten färbte sie sich braun. Da ganz ähnliche Erscheinungen noch bei drei anderen Kindern auftraten, die in derselben Weise behandelt wurden, muß die Ursache in der Behandlung selbst liegen. Der Lawendelspiritus der Sol. Fowleri und das Bittelmandelwasser können die Ursache nicht abgeben. Die Braunfärbung und die übrigen Hautveränderungen entsprechen vielmehr durchaus der Beschreibung, die man von der Arsenmelanose zu geben pflegt. Vortr. führt daher die Veränderungen auf den Arsengebrauch zurück, und es scheint ihm bemerkenswert, daß sie auftraten, obwohl die Tagesdosis nur Zweidrittel der Maximaldosis betrug. Er glaubt, daß nicht so sehr eine besondere Empfindlichkeit als die Dauer der Behandlung das Ausschlaggebende ist. (Med. Gesellsch. Leipzig, 20. I. 1914.)

III. Neue Bücher.

L. Langstein und L. F. Meyer. **Säuglingsernährung und Säuglingsstoffwechsel.** 2. u. 3. Aufl. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Preis: gbd. M. 11,—.

Wer die 1. Auflage des vortrefflichen Buches — die übrigens schon nach einem Jahre vergriffen war, — mit der jetzigen vergleicht, wird finden, daß die Autoren fast jedes Kapitel umgearbeitet und ergänzt haben, wobei ihre reichen Erfahrungen wiederum zur vollen Geltung kamen. Einen zuverlässigeren Ratgeber in allen Fragen der Säuglingsdiätetik, als dieses Werk, gibt es kaum, und es wäre zu wünschen, daß sich auch die allgemeine Praxis treibenden Kollegen dieses Ratgebers bedienten.

Grätzer.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

20. Jahrgang. **Februar 1915.** Nr. 2.

I. Originalbeiträge.

Die Behandlung der Rachitis mit Kranit.

Von

Dr. med. **F. Arnheim**

in Berlin.

Einen der wichtigsten Faktoren für den guten Gesundheitszustand eines Volkes bildet eine möglichst geringe Kindersterblichkeit. Wenn auch die hohe Kindersterblichkeit in der Hauptsache durch die Darmkrankheiten der Säuglinge herbeigeführt wird, so darf man sich doch nicht verhehlen, daß auch die Rachitis nicht unwesentlich die Mortalität beeinflußt. Abgesehen hiervon aber ist die Rachitis ja die Ursache zahlreicher Verkrüppelungen unserer Kinder. Die bedauernswerten, von dieser Krankheit befallenen Geschöpfe sitzen mit unfreundlichem, grämlichem Gesichtsausdruck teilnahmlos da, mit ihrem im Gegensatz zum übrigen Körper unförmlich großen Kopfe. Mit ihren dünnen, oft stark verbogenen Knochen und den stark aufgetriebenen Gelenken können sie oft weder stehen noch gehen, hilflos hocken sie da oder kriechen am Boden herum.

Über die Pathogenese der Rachitis, dieser schon im Altertum bekannten Krankheit, sind Bände geschrieben worden. Man hielt sie lange Zeit für keine selbständige Krankheit, sondern erklärte sie als Folgeerscheinung verschiedener Dyskrasien, wie Syphilis, Skrofulose. Man glaubte, daß die rachitischen Prozesse durch eine abnorme Säurebildung, insbesondere Milchsäurebildung, verursacht seien. Andere sagten, sie sei durch eine Fehlerhaftigkeit der Nahrung und insbesondere den Mangel an Kalksalzen bedingt. Baginsky sah in der Rachitis eine Dyskrasie, hervorgegangen aus einer Alteration der Gesamternährung. Ebenso, wie die Ansichten über die Ätiologie verschieden waren, divergierten selbstverständlich auch die Ansichten über die Therapie der Rachitis. Erst in den letzten Jahrzehnten bildeten sich auf Grund experimenteller Forschungen festere Ansichten heraus, die hauptsächlich durch Kassowitz begründet und vertieft wurden.

Die Wirksamkeit des Phosphors, dasjenige Mittel, das in der Therapie bei der Bekämpfung der Rachitis zweifellos die wichtigste Rolle spielt, wurde schon 1872 durch Wegner dargetan. Er konstatierte, daß die Darreichung minimaler Phosphordosen eine auffallende Ver-

änderung in den während dieser Zeit neugebildeten Teilen der spongiösen Knochensubstanz bedinge, und zwar in der Weise, daß statt der lockeren, schwammigen Struktur mit weiten, vielfach kommunizierenden Markräumen eine dichte, fast kompakte Knochenbildung mit spärlichen und engen Gefäßkanälen sich bilde. Wegner erklärt diese Veränderungen durch einen formativen Reiz, den der Phosphor auf das wachsende Knochengewebe ausübe.

Kassowitz prüfte Wegners Versuche nach und konstatierte auf Grund seiner Beobachtungen, daß neue Knochensubstanz sich nur an den Stellen zu bilden vermöge, an denen Blutgefäße in Rückbildung begriffen sind. Er glaubt, daß die im Blute zirkulierenden minimalen Phosphormengen auf die jungen Gefäße in dem Sinne einwirken, daß ihr Lumen verengt und die Bildung neuer Gefäßsprossen eingeschränkt werde. Andererseits kam Kassowitz ferner zu dem Resultate, daß die rachitischen Veränderungen weder durch eine verringerte Aufnahme der Kalksalze in das Blut, noch durch eine vermehrte Ausscheidung dieser verursacht sein könnten. Sie beruhen nach seinen Wahrnehmungen auf einer pathologischen Gefäßneubildung und einer abnormen Weite der Gefäße in den knochenbildenden Geweben, und er zog aus seinen Beobachtungen den naheliegenden Schluß, daß der Phosphor ein spezifisches Heilmittel gegen rachitische Knochenaffektionen sein müsse, falls er auch in rachitischen Knochen gleiche Wirkung auf die Gefäß- und Markraumbildung ausübe, wie im normal wachsenden Skelett. Die ausführlichen therapeutischen Versuche, die nun Kassowitz und andere mit Phosphorpräparaten angestellt haben, gaben der Schlußfolgerung des ersteren recht. Vorsichtige Versuche an Kindern zeigten, daß man mit 0,0005 g P, also einem halben Milligramm pro Tag, die erwünschte Heilwirkung, namentlich eine rasche Erhärtung des weichen Hinterkopfes erzielt, daß aber auch $^1/_4$ mg noch deutlich wirksam ist.

Schon Kassowitz sagt: Von großer Wichtigkeit für den Erfolg des Medikamentes ist selbstverständlich eine tadellose pharmazeutische Gebahrung bei seiner Bereitung. Die Erfüllung dieses Postulates ist gerade für die Phosphortherapie von ungemeiner therapeutischer Wichtigkeit.

In der überwältigenden Mehrzahl der Fälle hat man von jeher den Phosphor in der Form verabreicht, daß man ihn in Lebertran auflöste und in dieser Form den kleinen Patienten verabreichte. Nun sind aber hiermit mancherlei Übelstände verbunden: man muß, namentlich während der heißen Jahreszeit, besonders darauf achten, daß sich der Lebertran nicht zersetzt. Deshalb tut man stets gut, ihn dunkel und kühl zu stellen. Ferner aber nehmen viele Kinder an sich schon den Lebertran höchst ungern, da der ölige Geschmack ihnen zuwider ist. Da endlich auch der Darm häufig diesen öligen Stoff nicht verträgt, stellen sich gar nicht selten nach längerem Lebertrangenuß Magen- und Darmstörungen ein. Letztere fallen um so schlimmer aus, falls der Lebertran durch einen Zufall gelitten hat. Nun hat man diesem Übel dadurch abzuhelfen versucht, daß man wohlschmeckende Lebertrane herzustellen versuchte, welchen der eigentliche schlechte

Geschmack durch irgendein wohlschmeckendes Corrigens verdeckt wurde, jedoch auch hiermit hat man im großen und ganzen wenig Glück gehabt, denn auch in dieser Form wurde der Lebertran den Kindern rasch zuwider.

Allen diesen Übelständen ist in neuester Zeit durch die Herstellung der Kranitpastillen abgeholfen, welche den Phosphor in einer außerordentlich wohlschmeckenden Masse eingebettet enthalten, und zwar werden diese Pastillen in zwei Stärken hergestellt: die stärkeren enthalten 0,0005 g, die schwächeren nur die Hälfte gelben Phosphor. Tatsächlich haben diese Pastillen den großen Vorteil, daß sie, bei einem sehr guten Geschmack, durchaus bekömmlich sind, also keinerlei Verdauungsstörungen verursachen, und daß sie ferner, was ebenfalls ein nicht zu unterschätzender Vorteil ist, eine außerordentliche Haltbarkeit besitzen, während man bei dem im Lebertran aufgelösten Phosphor nach dieser Hinsicht sehr oft Enttäuschungen erlebt. Größere Kinder, welche schon kauen können, nehmen die Pastillen gern wie einen Bonbon, während es bei kleineren Kindern, speziell bei Säuglingen, nötig ist, die Pastille zu zerkleinern, auf die Zunge zu legen und dort zergehen zu lassen. Ich habe auch den Versuch gemacht, die Pastille, welche vorher sorgfältig zerkleinert worden war, in der Milch oder im Haferschleim mit peinlichster Genauigkeit aufzulösen und mittrinken zu lassen. Auch in dieser Form trat stets die volle Wirkung ein. Es sei mir nun gestattet, einige von mir mit Kranitpastillen behandelte Fälle zu schildern.

Fall 1. Ein 3monatlicher Postillonsohn. Als ich den Kleinen zum ersten Male sah, machte er einen betrübenden Eindruck. Der Kopf war unförmlich groß, beide Fontanellen noch offen, die Schädelknochen waren deutlich verbiegbar und knitterten. Zähne fehlten vollkommen, während an den Rippen schon ein deutlicher Rosenkranz sichtbar war. Stehen konnte das Kind auch nicht, denn die Beinchen waren abnorm dünn und stark verbogen, während die Hand- und Fußgelenke aufgetrieben waren, kurz, es bot sich das Bild einer klassischen Rachitis. Der Appetit war gut. Ich verordnete nun täglich 2 Pastillen à 0,0005 g, jede Pastille in 3 Teile geteilt. Nach etwa einem Vierteljahre — das Kind nahm die Pastillen sehr gern und regelmäßig — waren die Fontanellen fast im Schließen begriffen, die Weichheit der Scheitelbeine war ebenfalls wesentlich geschwunden, und es hatten sich auch vier gesunde Zähnchen eingestellt. Nach weiteren 2 Monaten waren die Fontanellen völlig geschlossen, es waren weitere 2 Zähne durchgebrochen, außerdem aber, was wohl das Wesentlichste war, konnte jetzt das Kind ohne Schwierigkeiten stehen und einige Schritte laufen. Letzteres aber verbot ich zu forcieren, um den schwachen Knochen noch möglichste Schonung zu gewähren. Ich sah dann das Kind nicht wieder, bekam aber von den Eltern nach einem halben Jahre den Bescheid, daß ihr Kind jetzt mühelos laufe, daß es gesunde Farbe habe und in nichts mehr an das schwerkranke Kind von vorher erinnere.

Fall 2. 11monatliches Mädchen. Dieser Fall weist am Kopfe fast genau dieselben krankhaften Veränderungen auf wie der vorhergehende. Indessen sind an den Beinchen keinerlei rachitische Veränderungen sichtbar, während auch hier die typischen Erscheinungen an den Rippen bestehen. Nebenbei zeigt das Kind den bezeichnenden mürrischen und trägen Gesichtsausdruck. Die Eltern hatten schon einen Monat lang mit Phosphorlebertran gefüttert, was aber zur Folge hatte, daß sich ein heftiger Magendarmkatarrh mit beängstigenden Durchfällen einstellte, weswegen sie wieder von dieser Therapie Abstand nahmen. Es wurde nun jetzt ein Versuch mit den Kranitpastillen gemacht, und zwar wurden täglich 2 Pastillen à 0,0005 zerkleinert teils auf die Zunge gelegt, teils in der Milch aufgelöst zum Trinken gegeben. Auch hier trat bereits nach 3monatlicher Kur ein sichtlicher Erfolg ein: die Fontanellen schlossen sich fast völlig, die Knochen gewannen an Härte, und es kamen auch hier einige gesunde Zähne zum Durchbruch.

Nach einem weiteren Vierteljahr waren sämtliche Erscheinungen vollkommen geschwunden, man hatte ein völlig gesundes Kind vor sich.

Fall 3. 7monatliches, übermäßig stark ernährtes Kind, Muskeln und Fettpolster sind außerordentlich stark entwickelt, während die Knochen der Extremitäten sehr dünn sind. Außerdem stellten sich, als Zeichen der beginnenden Rachitis, tetanische Krämpfe ein. Ich verordnete zunächst — das Kind wurde mit gemischter Nahrung ernährt — eine gründliche Reduktion der täglichen Portionen. Ferner aber bekam es täglich mehrmals die Teile einer Kranittablette von 0,0005 g, welche teils auf die Zunge gelegt, teils in der Milch oder im Haferschleim aufgelöst wurden. Nach Beginn dieser Behandlung traten im ganzen nur noch 5 Krampfanfälle auf, späterhin magerte das Kind, man darf wohl hier sagen in erfreulicher Weise, zur Norm ab, die Fontanellen schlossen sich rechtzeitig wie bei anderen Kindern, und nach im ganzen 6monatlicher Behandlung war keinerlei Krankheitserscheinung mehr zu finden.

Fall 4. Kind von 20 Monaten. Fontanellen noch offen. Scheitelbeinknochen deutlich einbiegbar. Die Oberschenkelknochen, ebenso wie die Unterschenkelknochen, stark verkrümmt, Leib unförmlich aufgetrieben. Der Gang ist höchst unbeholfen, watschelnd, und das Kind ermüdet äußerst leicht. Auch hier war schon mit allen möglichen Medikamenten gearbeitet worden, Scotts Emulsion, Lebertran in allen nur möglichen Formen war gegeben worden, indessen hatte das Kind teils Darmstörungen davongetragen, teils wollte es schließlich diese Medikamente nur widerwillig oder gar nicht mehr nehmen. Es bekam deshalb jetzt täglich erst 2, später 3 Kranitpastillen à 0,0005 g, welche es vergnügt als Bonbons lutschte. Nach nur 4monatlicher Medikation hatten sich die Fontanellen endgültig geschlossen, die Verkrümmung der unteren Extremitäten hatte nicht zugenommen, vielmehr hatten sich die Knochen im weiteren Wachstum ein wenig gestreckt. Auch der unförmlich dicke Leib fing an, sich deutlich der Norm zu nähern.

Fall 5. Knabe von 11 Monaten. Fontanellen offen, Knochen knittern beim Eindrücken, Kopf unförmlich groß. Der Kleine kann zwar stehen, jedoch nur ganz kurze Zeit, von Gehen ist noch keine Rede, denn die Oberschenkelknochen sind stark nach außen gekrümmt, desgleichen sind die Unterschenkelknochen stark verbogen. Lebertran, Bäder mit Staßfurter Salz und andere Mittel hatten nur wenig oder gar keinen Erfolg gezeitigt. Pat. bekam nun mehrere Monate lang täglich 4 Pastillen à 0,0005 g. Nach 4 Monaten waren die Fontanellen am Schließen, die Schädelknochen selbst wesentlich härter geworden. Nach 6monatlicher Medikation konnte das Kind ohne Ermüdung stehen und gehen, überhaupt war sein ganzer Habitus ein frischer und gesunder geworden.

Fall 6. Mädchen von $1^1/_2$ Jahren. Das Kind weist neben dem typischen Quadratkopf eine deutliche Kyphose der Wirbelsäule auf, so daß es nur liegen, aber nicht aufrecht sitzen kann, da eben die Wirbelsäule zu schwach ist. Am Unterkiefer zeigen sich ebenfalls die typischen Lücken, außerdem sind erst 4 Zähne im ganzen durchgebrochen. Auch hier hatte der Gebrauch von Lebertran und Scotts Emulsion nebst Bädern nicht das gewünschte Resultat gezeitigt, denn als ich das Kind zum ersten Male sah, ruhte es schwach und hinfällig auf dem Arme der Mutter, an ihre Brust angelehnt. Auch dieses Kind konnte bereits die Pastillen (4mal täglich eine Pastille à 0,00025 g) im Munde zergehen lassen. Nach 4monatlichem Gebrauch konnte es bereits allein aufrecht sitzen, wenn auch die Verbiegung der Wirbelsäule als solche noch voll bestand. Die Fontanellen hatten sich ebenfalls deutlich verkleinert, während weitere 4 Zähne durchgebrochen waren. Nach einem weiteren Vierteljahr dieser Medikation konnte das Kind ohne Anstrengung laufen und sich mühelos bewegen.

An der Hand der soeben geschilderten Fälle können wir ersehen, daß der Phosphor, in der oben beschriebenen Form als Pastille mit wohlschmeckenden Bestandteilen zusammengeformt, eine Wirkung ausübt, wie wir sie vorher kaum geahnt hatten. Wir dürfen uns zwar nicht der Tatsache verschließen, daß früher, als man diese Art der Darreichung noch nicht kannte, es mit der Phosphortherapie in Form des Lebertrans oder der Emulsion eben einfach gehen mußte, aber Tatsache ist doch, daß hierdurch bei so manchem Kinde der Grund

zu einem mehr oder minder ernsten Darmkatarrh gelegt wurde, was bei dieser Art der Darreichung vollkommen ausgeschlossen ist. Hierzu kommt noch die außerordentliche Schmackhaftigkeit der Pastillen, was gerade in der Kinderpraxis von größter Wichtigkeit ist. Als letztes, aber ebenfalls sehr wesentliches Moment kommt noch die außerordentlich lange Haltbarkeit des Präparates hinzu.

II. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Otto Hagner, Schwankungen im Eiweißgehalt und in der Leitfähigkeit beim Säuglingsblute. (Zschr. f. Kindhlk. 8. H. 1. S. 50.) Die Ergebnisse der Untersuchungen werden vom Autor dahin zusammengefaßt, daß der gesunde jugendliche Organismus des Säuglings unter normalen äußeren Bedingungen wohl imstande ist, die physikalische Zusammensetzung seiner Körpersäfte im Verlaufe des Tages konstant zu erhalten. Es kommen demnach irgendwie wesentliche Tagesschwankungen der Blutkonzentration, bezogen auf den Hungerzustand und die Resorption der Nahrung, beim gesunden Kinde, das mit arteigener Nährflüssigkeit versehen wird, nicht vor, und die Ansicht, daß auch der gesunde Säugling selbst unter arteigenen Bedingungen erhebliche Schwankungen im Eiweißgehalt und in der Leitfähigkeit aufweise, die durch die tägliche Nahrungsaufnahme bedingt seien, besteht also schwerlich zu Recht. Soweit vermag der infantile Organismus die physikalische Zusammensetzung seiner Körpersäfte schon zu regulieren. Sobald jedoch eine Schädigung infolge einer Ernährungsstörung hinzutritt, so erhält dieser Regulationsvorgang einen höchst labilen Charakter, der sich in größeren oder geringeren, durch die großen Wasserschwankungen des alimentärerkrankten Säuglingsorganismus bedingten Schwankungen der lichtbrechenden Substanzen und der Leitfähigkeit kundgibt, welche eben in dem Unvermögen des infantilen Organismus, seinen osmotischen Druck unter solchen Bedingungen konstant zu erhalten, ihre Erklärung haben. Die größere oder weniger große, durch Ernährungsstörung verursachte Schädigung des Organismus und seiner Regulationsvorgänge hängt besonders von der guten oder schlechten Konstitution des einzelnen Individuums ab, wie zu Anfang schon erwähnt wurde. Dabei kommt noch dem Alter des betreffenden Säuglings eine ausschlaggebende Bedeutung für die Größe der Schädigung insofern zu, als der junge Säugling viel leichter eine dauernde Schädigung davonträgt, zum mindesten eine wesentlich längere Reparationszeit aufweist als das ältere Kind. Schick (Wien).

Heinz Zeiss, Der diagnostische Wert der Darmkoliagglutination in der Pathologie des Säuglings. (Zschr. f. Kindhlk. 8. H. 1. S. 76.) Das Serum leicht- und schwerchronisch ernährungsgestörter Säuglinge zeigt Agglutinationen bei einer Verdünnung 1:500. Agglutinationen bei 1:1000 und in einzelnen Fällen bis 1:2000 wurden ebenfalls im ganzen 14mal festgestellt. Über die letztere Grenze hinaus wurden keine positiven Befunde mehr erhoben. Das Serum eines

völlig gesunden Brustkindes agglutinierte keinen seiner eigenen Stämme. Von 5 fremden Stämmen wurde einer bei 1:1000, zwei bei 1:500, je drei bei 1:100, 1:200 und 1:400, vier bis 1:50 agglutiniert. Ein Stamm verhielt sich vollständig negativ. Daraus geht von neuem hervor, daß der Darmkoliagglutination in der Pathologie des Säuglings diagnostischer Wert nicht beigelegt werden kann.

Schick (Wien).

Leede, Die Hemiplegia postdiphtherica. (Zschr. f. Kindhlk. 8. H. 1. S. 88.) Unter 6300 Kranken, welche in der Zeit vom Oktober 1909 bis Januar 1913 der Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses zu Hamburg-Eppendorf überwiesen wurden, hatte Verf. viermal Gelegenheit, im Verlaufe der Diphtherie eine durch diese Infektionskrankheit verursachte Hemiplegie zu beobachten. Von diesen verliefen drei letal. Bemerkenswert war an den vier Fällen, daß bei ihnen keine Bewußtseinsstörungen zur Zeit des Insultes vorlagen, daß ferner die Paresen durchweg totale waren, einschließlich des Fazialis, daß endlich ausgesprochene Herzsymptome längere Zeit vor dem hemiplegischen Anfall bestanden. Infolge der Herzstörungen traten bei den Patienten ungewöhnlich starke Stauungslebern auf.

Äußerst schwere Krankheitsbilder bietet vielfach die im Anschluß an die Herzmuskelinsuffizienz bei Diphtherie sich oft rapid entwickelnde, sehr schmerzhafte Leberschwellung. Bei den Kranken trat dieselbe nur langsam auf, erreichte aber doch sehr hohe Grade, so daß der Leberrand bis unter den Nabel herabreichte. Gegen die durch diese rapide Volumenzunahme der Leber verursachten heftigen Schmerzen, durch welche der Patient oft außerordentlich ängstlich und unruhig wird, so daß er sich ständig im Bett hin und her wirft, leisten sehr gute Dienste heiße Packungen, Blutegel in der Lebergegend, ausgiebige Aderlässe (300 ccm), endlich Narkotica. Die Reflexe auf der befallenen Seite waren beim ersten Fall vollständig aufgehoben, beim letzten herabgesetzt und bei den übrigen gesteigert.

Die in der Literatur beschriebenen 63 Fälle werden zusammengestellt.

Die postdiphtherische Hemiplegie pflegt mehr oder weniger rasch einzusetzen, mit Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, mit leichter Benommenheit, die sich bis zur langdauernden Bewußtlosigkeit steigern kann. Es verlaufen aber eine ganze Reihe ohne irgendwelche Störungen zerebraler Art. Gelegentlich gehen in der befallenen Seite der Lähmung Schmerzen, zum Teil heftigster Art, voraus, oder schließen sich unmittelbar an. In schweren Fällen sieht man klonische, tonisch-klonische, eklamptische und epileptiforme Krämpfe sich abspielen. Vereinzelt besteht anfangs eine allgemeine Lähmung, die dann sich auf mehr oder weniger ausgedehntes Gebiet schnell zurückbildet. Eine sich allmählich entwickelnde Hemiplegie ist auch in einigen Fällen beobachtet worden. Wiederholte Insulte gehören zu den größten Seltenheiten. Fast durchwegs ist bei der Hemiplegia postdiphtherica auch der Nervus fazialis ergriffen. Die bei rechtsseitiger Parese anfangs bestehende motorische Aphasie hat eine gute Prognose, wenn auch vereinzelt leichte bleibende Störungen resultieren. Seitens der Sensibilität pflegen nur selten Ausfallserscheinungen vorzuliegen, sie

können aber ganz ausgedehnter Natur sein, wie ein Fall beweist, wo beide Beine und der Rumpf anästhetisch waren. Ebenso wechselnd ist das Verhalten der oberflächlichen und tiefen Reflexe. Das Herz zeigt in den meisten Fällen längere oder kürzere Zeit vor dem Anfall schwere Störungen, die mit diesem, wie aus der vorwiegend embolischen Natur dieser Komplikation hervorgeht, in engstem Zusammenhange stehen. Ein negativer Herzbefund gestattet aber bei der Hemiplegia postdiphtherica nicht, die Diagnose auf Embolie mit Sicherheit auszuschließen. Es sind mehrfach scheinbar normale Herzbefunde klinisch erhoben worden, bei denen die Autopsie eine Embolie ergab. Die Therapie der Hemiplegie deckt sich mit der bei apoplektischen Insulten embolischer Natur geübten Herzmittel, Herzeisblase, Wein, heiße Packungen der Extremitäten, eventuell kleinere Aderlässe und Strychnin werden gute Dienste leisten. Gegen die durch Leberschwellung verursachten Schmerzen und Unruhe sind Narkotica unentbehrlich. Die athetotischen und hemichoreatischen Bewegungen, die spastischparetischen, die noch seltener schlaffen Lähmungen (Senator), die bisweilen operativen Eingriff erfordernden Kontrakturen, die mannigfachen Störungen der Augenmuskeln und des Sehvermögens selbst, die isolierten Muskelparesen, endlich eine Reihe psychischer Störungen auf der einen, und die hohe Mortalität auf der anderen Seite machen die Hemiplegia postdiphtherica zu der gravsten und folgenschwersten Komplikation im Verlaufe von Diphtherie. Bezüglich der pathologisch-anatomischen Befunde wäre Verschiedenes noch besonders hervorzuheben. Die Tatsache, daß von 10 Embolien der Art. foss. Sylvii bei 7 gleichzeitig Thromben im Herzen gefunden wurden, bestätigt die Beobachtung Barbiers, der in 50% an Diphtherie Verstorbener Thromben im Herzen nachwies. Nach der Zusammenstellung und nach den Erfahrungen am Sektionstisch dürfte diese Zahl bezüglich der Thromben im Herzen eher zu tief gegriffen sein. Nur in einem Fall von Herzthromben bestand eine Endokarditis.

Schick (Wien).

Klotz, Kleine Mitteilungen. (Mschr. f. Kindhlk. 7. Nr. 9. S. 533.) 1. Behandlung der Skabies bei Kindern. Verf. empfiehlt Ristin (Elberfelder Farbenfabriken), eine wasserklare Flüssigkeit: 50 g Ristin werden am besten mit der Hohlhand, vom Kopf bis zu den Zehen, sorgsam eingerieben. Vorher kann man den Körper trocken abfrottieren oder, wenn sehr starke krustöse Ekzeme bestehen, die Borken durch ein Seifenbad entfernen. Die Einreibung wird an drei Abenden wiederholt. Darauf Seifenbad, Wäsche, Kleidung wird wie üblich desinfiziert. Niemals Rezidive. Begleitendes Ekzem wird von Ristin nicht beeinflußt. Der einzige Nachteil ist der hohe Preis, Flasche zu 175 g M. 5,50. Krankenhäuser erhalten es etwas billiger.

2. Psoriasis und Tuberkulose. Gegenüber der Angabe, daß Psoriasis und Tuberkulose in ätiologischer Wechselbeziehung stehen, erwähnt Verf. einen Fall von Psoriasis, der auf Tuberkulininjektion (0,001 und 0,01) negativ reagierte.

3. Über Zahnanomalien bei Tetanie. Verf. lehnt den Zusammenhang der Schmelzdefekte mit Tetanieerkrankung ab. Nur bei 10 von 26 Kindern, die früher an manifester Tetanie gelitten hatten,

fanden sich „Tetaniezähne“, 16 Kinder hatten keine Schmelzdefekte. Verf. fand „Tetaniezähne“ bei nichtspasmophilen und nichtrachitischen Kindern. Überdies beobachtete er drei sehr junge Kinder mit Tetanie, die als typisch für Tetanie geltende Veränderungen an den Milchzähnen zeigten. Man müßte in diesen Fällen auf eine intrauterine Tetanie rekurrieren, denn die Milchschneidezähne beginnen von der 17. Embryonalwoche ab zu verkalken. Verf. meint, daß diese Querfurchen in den Zähnen Ausdruck irgendeiner Schädlichkeit (Infektion, Intoxikation, alimentäre Noxe, Störung der inneren Sekretion u. dgl.) sind, die den Gesamtorganismus treffend, auch die Zahnanlagen nicht verschont hat. Schick (Wien).

Preiser, Über die klinische Wertung der Urobilinogenurie im Säuglingsalter. (Mschr. f. Kinderhlk. 7. Nr. 9. S. 541.) Urobilinogen entsteht enteral. Es wird auf dem Wege der Pfortader der Leber zugeführt. Die Leber verwandelt das Urobilinogen in Bilirubin, welches mit der Galle wieder in den Darm ausgeschieden wird. Bei einer Störung der Lebertätigkeit leidet der Aufbau des Urobilinogens zu Bilirubin, ersteres tritt in das Blut über und wird im Urin ausgeschieden. Ausscheidung von Urobilinogen im Urin deutet also auf eine Leberinsuffizienz hin. Bei Erkrankung im Säuglingsalter ist häufig die Leberfunktion gestört. Der klinische Nachweis einer solchen Störung hat daher einen gewissen Wert. Da über diese Frage noch nicht genügende Arbeiten vorliegen, hat Verf. fortlaufend Urobilinogenprüfungen vorgenommen. Er untersuchte 183 kranke Säuglinge. Die Untersuchungen führten zu folgenden Resultaten: Albuminurie steht in keiner Beziehung zur Urobilibogenurie. Ebensowenig ergab sich ein Parallelgehen mit der Nylanderschen Probe. Die Reaktion des Stuhles alkalisch oder sauer, sowie die Indikanreaktion hat keine Beziehung zur Urobilinausscheidung. Auch ein konstanter Zusammenhang zwischen Urobilinogenurie und Charakter des Stuhles war nicht zu erkennen. Diese Tatsache deutet darauf hin, daß enterale Vorgänge allein das Auftreten der Urobilinogenurie nicht hinreichend erklären. Die positive Urobilinogenprobe hat zusammen mit dem klinischen Verhalten einen relativ prognostischen Wert im Sinne einer ungünstigen Prognose. Negative Reaktion bessert die Prognose nur dann, wenn sie mit anderen Symptomen vereint ist, die im gleichen Sinne zu verwerten sind. Schick (Wien).

C. Brodsky (Nicolajeff). Beobachtungen über die Laktation der Ammen. (Aus dem Kantonalen Säuglingsheim Zürich.) (Arch. f. Kinderhlk. 63. H. 3/4.) Protokollarische und tabellarische Mitteilungen über die Laktationsdauer und -menge, sowie über die Änderungen der Laktation während der Menstruation. Ohne leitende und zusammenfassende Gedanken. Hecker.

Carl Stamm, Ein Fall von multipler Sklerose im Kindesalter. (Aus der Kinder-Poliklinik in Hamburg.) (Ebenda.) Der 12jährige Knabe zeigte initiale Sehstörung: zentrales Skotom, partielle temporale Abblassung der Papille bei normaler Sehschärfe. Dazu kamen dann die typischen Erscheinungen: spastische Ataxie, Tremor bei intendierten Bewegungen, gesteigerte Reflexe der Beine, herab-

gesetzte Hautreflexe, skandierende Sprache. Die Behandlung bestand in Bettruhe und intramuskulären Fibrolysininjektionen. Die Einspritzungen, 8 à 2,0 in 5—6tägigen Pausen, wurden gut vertragen. Nach der dritten Injektion war das Zittern verschwunden. Patellar- und Fußklonus nur mehr schwach auszulösen, die grobe Kraft war fast normal. Der Knabe war nach einigen Monaten völlig beschwerdefrei.
Hecker.

Fritz Frank (Stuttgart). Beiträge zur Lehre von der akuten Nephritis im Säuglingsalter bei Ernährungsstörungen. (Aus dem pathologischen Institut der Düsseldorfer Akademie für praktische Medizin und dem pathologischen Institut Kiel.) (Ebenda.) Aus der Beobachtung von 22 Fällen zieht Verf. folgende Schlußfolgerungen: Die akute Nephritis kommt im Säuglingsalter nicht häufig vor. Sie ist vorwiegend exsudativer Natur und hat häufig einen hämorrhagischen Charakter, was auf die im ersten Lebensjahre abnorm große Durchlässigkeit der Blutgefäße zurückzuführen ist. In ätiologischer Hinsicht spielen alle Arten von Infektionen und besonders Ernährungsstörungen eine große Rolle. Unter den mit Ernährungsstörungen im Zusammenhang stehenden Nephritiden kommt den aufsteigenden, urogenen eine besondere Bedeutung zu, da die abführenden Harnwege bei den Säuglingsverdauungskrankheiten auffallend häufig in Mitleidenschaft gezogen werden. Hecker.

Hermann Brüning und **G. Paulsen** (Rostock). Die medizinische Kinderabteilung des großherzoglichen Universitätskrankenhauses zu Rostock. (Ebenda.) Kurzer Jahresbericht.
Hecker.

L. Thimm (Steglitz). Zur Kenntnis der Epithelkörperchen Glandulae parathyreoideae. (Aus dem pathologischen Institut des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin.) (Ebenda, H. 5/6.) Die fleißigen, an Querschnitten von Menschen und Tieren angestellten Untersuchungen bringen nichts wesentlich Neues und sind von Spezialforschern im Bedarfsfall im Original nachzulesen. Hecker.

Wilhelm Wegener, Über psychogene Magensekretionsanomalien im Kindesalter. (Aus der medizinischen Kinderabteilung der Universitätsklinik zu Rostock). (Ebenda.) Unter 80 poliklinischen Kindern mit Magenstörungen fanden sich 19 mit pathologischer Zusammensetzung des Magensaftes, und zwar 2 mit Hyperazidität und 17 mit ausgesprochener Anachlorhydrie. Solche Störungen kommen also in der älteren Kindheit relativ häufig vor. Sie haben fast immer eine neuropathische Konstitution als auslösendes Moment zur Grundlage. Es handelt sich meistens um mäßig oder dürftig genährte Kinder von blassem Aussehen mit mehr oder minder stark ausgeprägter Vasomotorenparese, mit fehlender oder starker Herabsetzung der Konjunktival- und Rachen-, Steigerung der tiefen Reflexe, mechanischer Überregbarkeit der peripheren Nerven und positivem Rosenbachschen Phänomen. Zuweilen scheint eine Beziehung zur exsudativen Diathese zu bestehen. Die Prognose dieser nervösen Störungen ist im Kindesalter günstig. Hecker.

Michael Gutstein (Charlottenburg). Histologische Untersuchungen über die Muskulatur der rachitischen Kinder. (Ebenda.) Die Untersuchungen bestätigen die Arbeiten von Bing und Hagenbach und zeigen, daß die rachitische Muskelstörung eine wohl durch die bestehende Stoffwechselstörung (Kalkmangel!) bedingte Wachstumsstörung ist. Es gibt also eine primäre, den Knochen koordinierte Muskelerkrankung der Rachitis. Hecker.

Ernst Schloss, Vergleichende Untersuchungen über die Wirkung anorganischer und „organischer" Kalkphosphorpräparate auf den Stoffwechsel bei frischer und abheilender Rachitis. (Aus dem großen Friedrichswaisenhaus der Stadt Berlin.) (Ebenda.) Die Versuche studieren die Retention des Tricalciumphosphats einerseits und des Tricalcols, eines Kaseinkalkpräparates, und des Plasmons andererseits bei Kindern mit frischer und abheilender Rachitis; ferner die Bedeutung des Lebertrans für die Verwertung der zugelegten Mineralien und schließlich die Bedeutung der Ernährungsweise für den Erfolg der Medikation. In Bestätigung früherer Versuche ergab sich auch hier unzweifelhaft wieder ein günstiger Einfluß der Kalkphosphorpräparate auf den Mineralstoffwechsel, und zwar kommt diese Wirkung nicht nur der kombinierten Lebertran-Mineralstofftherapie zu, sondern es bewirken die Kalkphosphorpräparate für sich allein schon im Milieu der üblichen Ernährung eine Retentionsverbesserung, die durch die Beigabe von Lebertran nur unwesentlich gesteigert wird. Organische und anorganische Präparate verhalten sich dabei ziemlich gleichwertig; es kommt vor allem auf die inneren Bedingungen der Aufnahme, hier auf den Stand des rachitischen Prozesses an. In einer Periode z. B., wo hauptsächlich der Verlust an Alkalien zu decken ist, wirkt die Zufuhr von Eiweiß oder Kalkphosphorpräparaten eher ungünstig ein. Das Nahrungsmilieu, in dem die Präparate dargeboten werden, ist von der größten Bedeutung: das einfache anorganische Salz, in Frauenmilch dargeboten, wird bei weitem besser verwertet als die genuinen Mineralstoffe der Kochmilch, trotz Zugabe von Lebertran. Die Darreichungsform tritt in den Hintergrund gegenüber der inneren Aufnahmefähigkeit des Organismus und dem Nahrungsmilieu. Hecker.

R. Hecker (München). Zur Pathologie des periodischen Erbrechens mit Azetonämie. (Ebenda.) Bemerkung zu der Arbeit von Hugo Zade: Kritische Studie über das mit Azetonurie einhergehende Erbrechen usw. im Bd. 63, Heft 1 u. 2 des Arch. f. Kinderheilkunde. Hecker.

Otto Hirz, Uzara und unsere Antidiarrhoica. (Aus dem Pharmakologischen Institut der Universität in Marburg und dem Knappschafts-Lazarett in Sulzbach [Saar].) (D. m. W. 1914 Nr. 18.) Es gelang Verf., alle therapeutisch wirksamen Bestandteile des Uzarons in einer wasserunlöslichen, chemischen Verbindung mit Tannin zu vereinigen. Dieses Uzarontannat entspricht in seinem chemischen Verhalten etwa dem des Digipurats, das zu dem gleichen Zwecke aus den Bestandteilen der Digitalis hergestellt wird. Das Präparat stellt im Gegensatz zum Uzaron ein nicht hygroskopisches, graubraunes

Pulver dar, das in Wasser und verdünnten Säuren absolut unlöslich, dagegen leicht löslich in verdünnten Alkalien ist. Aus diesen chemischen Eigenschaften ergeben sich wünschenswerte Vorzüge für die Anwendung des Uzarons. Sein unangenehmer, bitterer Geschmack wird völlig verdeckt, und nur wenn die Tabletten mit dem alkalischen Mundspeichel lange in Berührung bleiben, tritt der Eigengeschmack des Uzarons wieder schwach hervor. Die Unlöslichkeit in verdünnten Säuren bedingt zugleich den weiteren Vorteil, daß das Uzaron den sauren Magensaft ungelöst und unzersetzt passiert und erst im alkalischen Darmsaft zur Resorption gelangt. Dadurch ergibt sich eine sichere Gewähr, alle Störungen von seiten des Magens zu vermeiden, mögen sie durch direkte Reizwirkung der Uzaraglykoside oder durch eine psychische Reaktion auf den spezifischen Nachgeschmack ausgelöst werden können. Einen besonderen Wert für die Diarrhoebehandlung verspricht die Kombination der Uzarawirkung mit der des Tannins, wie sie das neue Präparat gewährt. Zwar reicht die geringe Menge Tannin, die an Uzarabestandteile gebunden ist, bei weitem nicht zur notwendigen Wirkung hin. Deshalb wird das Uzarontannat in einer zweckmäßigen Mischung mit einem altbewährten Tanninpräparat in den Handel gebracht. Dadurch ergibt sich die Vereinigung zweier wichtiger Wirkungsprinzipien, der gegen die motorische Erregung gerichteten neurotropen Wirkung des Uzarons mit ihren tonisierenden Eigenschaften und der mechanisch-chemischen Wirkung des Tannins, mag sie nun in einer Abdichtung der Schleimhaut und Kapillaren oder in einer Bindung reizender Fäulnisprodukte ihre Erklärung finden. Das neue Präparat wird unter dem Namen „Uzaratan" in Form von Tabletten in den Handel gebracht. Die Uzara-Gesellschaft in Melsungen hat Verf. auf Wunsch Proben zur Verfügung gestellt, und Verf. fand bei den Kranken des Lazaretts reichlich Gelegenheit, ihre Wirkung zu prüfen. Vf. verordnete 4 Tabletten pro dosi, die stets gern genommen wurden, und der Erfolg war in allen Fällen eklatant. Besonders Diarrhöen, die in der Mehrzahl durch Diätfehler verursacht waren, sistierten in überraschend kurzer Zeit, so daß Verf. sich dem Eindruck einer sicheren und prompteren Wirkung als beim Uzaron allein nicht verschließen konnte. Irgendwelche störenden Nebenwirkungen oder Reizerscheinungen seitens des Magens wurden nie beobachtet. Auch in seinen zahlreichen anderen Indikationen hat sich uns das Uzaratan in gleicher Weise wie Uzaron bewährt. Magenbeschwerden, Tenesmen, Enteralgien verschiedenster Genese, sowie asthmatische Paroxysmen wurden bei entsprechender Dosierung ebenso sicher behoben wie beim Uzaron. Nach unseren überaus günstigen Erfahrungen darf ich wohl sagen, daß das Uzaratan, als eine Kombination von Uzara und Tannin, in der Diarrhoebehandlung zu den besten Hoffnungen berechtigt. Man darf erwarten, daß es auch da noch eine erfolgreiche Therapie ermöglicht, wo sich Uzara ebenso wie andere Mittel als unzuverlässig in der Wirkung erwiesen, wie bei tuberkulösen Durchfällen. Durch die Mitwirkung des Tannins werden zunächst die Diarrhöen in ihren verschiedensten ätiologischen Formen das Hauptindikationsgebiet des Uzaratans bilden. Insbesondere wird es sich wegen seiner reizlosen und geschmackfreien Form für die Kinderpraxis

empfehlen. Da aber das Uzaratan allen Indikationen des Uzarons genügen kann, so ist seine Anwendung überall da angebracht, wo bei geschmacks- und magenempfindlichen Patienten eine unerwünschte Reaktion des Magens zu befürchten ist. Grätzer.

H. Goldschmidt (Berlin). Erfahrungen mit Protylin in der Kinderpraxis. (Ebenda.) Seit zwei Jahren wendet Verf. das Protylin speziell in der Kinderpraxis an. Seine Domäne ist vor allem das Gebiet der Rachitis und der damit in Verbindung stehenden Stoffwechselstörungen; außerdem leistet es vortreffliche Dienste bei Krampfzuständen, wie Tetanie, spasmophile Diathese, und gewissen Formen von Skrofulose. Die bei diesen Zuständen gewöhnlich schematisch geübte Lebertranmedikation hält Verf. nur in ganz bestimmten Fällen für angebracht; vor allem bei schwächlichen und mageren Kindern mit starker Drüsenschwellung. Bei gutgenährten, besonders pastös aussehenden Kindern erscheint der Lebertran ungeeignet. In diesen Fällen hält Verf. Protylin für indiziert und wendet es mit gutem Erfolg an. Abgesehen davon, daß es im Gegensatz zum Lebertran von den Kindern ohne jeglichen Widerwillen genommen wird, kann man es auch unbedenklich in jenen Fällen von Fettnährschäden geben, bei denen Lebertran mit Vorsicht anzuwenden ist. Auch bei Kindern, die infolge mangelhafter Oxydationsvorgänge zu viel Fett ansetzen und ein apathisches und träges Wesen an den Tag legen, wirkte Protylin in günstiger Weise ein, indem die Kinder lebhafter wurden und infolge der gesteigerten Oxydation das überflüssige Fett verloren.

Grätzer.

A. Schanz (Dresden). Zur ambulanten Behandlung schmerzhafter Beinerkrankungen. (Ebenda, Nr. 21.) Wir können mit geeigneten Verbänden und Apparaten die untere Extremität in der Ruhelage so gut fixieren, wie überhaupt das in Weichteilen steckende menschliche Skelett fixiert werden kann.

Wenn wir aber den Patienten in einem solchen Verband oder Apparat aufstehen lassen, so erhalten wir in der Belastung durch das Körpergewicht eine gegen die Fixation anarbeitende Kraft. Jeder Tritt, der den Apparat belastet, preßt das Bein in diesen hinein. Das Aufheben und Weitersetzen im Schritt zieht das Bein aus dem Apparat wieder heraus. Wir erhalten eine Bewegung, welche die Fixationswirkung des Apparates soweit beeinträchtigt, daß gar mancher gutgemeinte und sonst gut angelegte Versuch scheitert.

Vollständig zu beseitigen ist diese Klippe überhaupt nicht. Man kann aber alle hier in Frage kommenden Fälle soweit, wie das praktische Bedürfnis geht, ambulant behandeln, wenn man die verschiedenen Aufgaben, welche Verband oder Apparat erfüllen soll, trennt.

Diese Verbände und Apparate sollen die schmerzhafte Stelle fixieren und sollen beim Gehen und Stehen das Bein entlasten. Diese, Aufgaben lassen sich trennen, wenn wir eine Konstruktion benutzen, die nur als Fixationsvorrichtung dient, und wenn wir das in der Fixationsvorrichtung befindliche Glied zum Gehen und Stehen in eine zweite Konstruktion bringen, welche die Belastung auf sich nimmt.

Die Bewegung, die im Gang entsteht, findet dann nicht zwischen dem Gehapparat und dem erkrankten Glied, sondern zwischen dem Gehapparat und dem Fixationsverband statt.

Als Fixationsmittel bewähren sich bei diesen Fällen ganz besonders Leimverbände. Solche lassen sich so fest und so dünn herstellen, daß sie so gut wie der exakteste Gipsverband fixieren und daß sich jeder Entlastungsapparat darüber anlegen läßt.

Für diese Leimverbände hat sich Verf. eine besondere Leimmischung hergestellt. Verf. verwendet den bekannten Unnaschen Zinkleim und setzt diesem eine gleiche Menge gequollenen Tischlerleim zu. Die Platten dieses Tischlerleims werden 24 Stunden in Wasser gelegt. Sie quellen darin dick auf. Gießt man das Wasser nun ab und erwärmt auf dem Wasserbad, so schmelzen die gequollenen Platten ein und geben einen zähflüssigen Leim, der mit gleichen Teilen ebenfalls verflüssigten Zinkleims zusammengemischt wird. Man läßt nun erkalten, bis man die Leimlösung auf die Haut auftragen kann. Die Anlegung des Verbandes geschieht wie die der Zinkleimverbände. Es wird Leim aufgestrichen, darüber kommt eine sehr exakt angelegte Bindenwicklung; es folgt ein neuer Leimstrich und eine neue Wicklung, bis genügende Dicke erreicht wird. In der Längsrichtung eingelegte Hobelspäne geben gute Verstärkungen. Auf den fertigen Verband wird Reismehl aufgestreut und eingerieben und dadurch die Klebrigkeit beseitigt.

Nun muß man warten, bis der Verband ausgetrocknet ist. Das dauert etwa 24 Stunden. Damit er sich in dieser Zeit nicht destruiert, ist es zweckmäßig, einen Verband aus Holzspänen (Lindenfournier), Watte und Mullbinden darüber zu legen.

Die Verbände werden knochenhart, in wenigen Millimeter Dicke fixieren sie wie ein Gipsverband. Sie werden von der Haut sehr gut vertragen. Man kann sie monatelang liegen lassen. Acht geben muß man auf die Ränder, die messerscharf werden und tief einschneiden können. Das verhindert man, indem man sie umlegt und indem man ihnen eine Unterlage aus weichem Filz oder einem ähnlichen Verbandsstoff gibt. Grätzer.

Eduard Melchior, Kongenitale tiefe Duodenalstenose bedingt durch Situs inversus partialis. (Aus der Breslauer chirurgischen Klinik.) (B. kl. W. 1914 Nr. 25.) Bei der an dem 19jährigen Pat. vorgenommenen Operation fand sich der Magen und das Duodenum bis zum Durchtritt unter das Colon transversum hochgradig dilatiert; das untere Duodenum sowie der übrige Dünndarm ist dagegen kollabiert. Weder am Magen noch am Dünndarm oder sonst im Bauche finden sich Narben oder entzündliche Veränderungen. Das Ligamentum gastrocolicum fehlt zum größten Teil, das Colon transversum selbst ist in ganzer Ausdehnung fest gegen die hintere Bauchwand bzw. Wirbelsäule fixiert. In dieser straffen Fixation des Querkolons nach hinten und der dadurch bewirkten Kompression des überkreuzten Abschnittes des Zwölffingerdarms ist offenbar die Ursache für die duodenale Passagestörung zu suchen. Als weitere Anomalie zeigt sich, daß die Flexura duodenojejunalis rechts von der Wirbelsäule gelegen ist,

während das Coecum sich in der linken Fossa iliaca befindet. Ebenso ist das übrige Colon und der übrige Dünndarm invertiert. Leber und Milz sind normal gelagert. Grätzer.

Siegfried Peltesohn, Über Verletzungen des oberen Humerusendes bei Geburtslähmungen. (Aus der Königl. Universitäts-poliklinik für orthopädische Chirurgie zu Berlin.) (Ebenda.) Verf. verfügt über 11 klinisch und röntgenologisch untersuchte Schultern, die durch Geburtslähmung geschädigt sind. Sie betreffen 10 Kranke im Alter von 10 Tagen bis zu $6^3/_4$ Jahren. Es handelt sich dabei um 6 Schultern, bei denen eine eigentliche Muskellähmung von vornherein nicht bestanden hat oder zur Zeit der Untersuchung bereits ausgeheilt war, die aber doch eine schwerere Gebrauchsunfähigkeit aufwiesen. Die übrigen 5 Schultern sind echte Lähmungen im neurologischen Sinne.

Die Befunde, die nun das Röntgenbild zeigt, sind höchst bemerkenswert. Von den 11 affizierten Schultern hatten nur 2 keine Zeichen, die auf eine stattgehabte Knochenverletzung schließen lassen konnten; sie gehören in die Gruppe der echten Geburtslähmungen, bei denen also unter 5 Schultern 3 außer der Erbschen Lähmung auch noch eine Epiphysenlösung durchgemacht haben. Bei den sogenannten falschen Entbindungslähmungen konnte Verf. weiterhin in allen Fällen eine Epiphysenlösung oder deren Folge nachweisen.

In aller Kürze berichtet Verf. zunächst über die einzelnen Fälle und die Röntgenbefunde.

Die Röntgenbilder zeigen, daß die Epiphysenlösungen am oberen Humerusende nicht seltene Vorkommnisse sind, da Verf. in sechs Jahren neun derartige Beobachtungen gemacht hat. Daß es sich hier wirklich um diese Knochenverletzung handelt, unterliegt keinem Zweifel. Läßt die Palpation schon frühzeitig die Diagnose stellen, so finden wir im Röntgenbilde als Charakteristika bei kleinsten Kindern teils eine veränderte Achsenrichtung der Humerusdiaphyse, teils eine abnorme Distanz zwischen Diaphysenende und Klavikularende, teils eine Verlagerung des oft noch ganz kleinen Kopfkerns nach außen. Mit zunehmendem Alter bleiben die Epiphysenkerne im Größenwachstum zurück und zeigen unregelmäßige Umrisse. Wie sich die Knochenverhältnisse des oberen Humerusendes nach der Epiphysenlösung jenseits des 7. Lebensjahres im Röntgenbilde gestalten, kann Verf. auf Grund eigener Beobachtungen nicht sagen. In fast allen Fällen findet man ferner eine höchst charakteristische Abflachung des unteren Randes der Cavitas glenoidalis scapulae.

Verf.s Beobachtungen zeigen weiterhin, daß die echte Erb-Duchennesche Geburtslähmung nicht allzu selten mit Epiphysenlösungen kombiniert ist, wenngleich dieses Zusammentreffen durchaus nicht die Regel ist. Liegt aber eine solche Kombination vor, dann findet man meist auch nach dem Schwinden der Lähmung eine beträchtliche Funktionsstörung des Arms, die dadurch bedingt ist, daß das Schultergelenk in Einwärtsrotation kontrakt ist.

Handelt es sich andererseits um Kranke, bei denen eine Muskellähmung nicht nachweisbar ist, sei es, daß eine solche von Anbeginn

an nicht bestanden hat, oder daß sie schon vor der ersten Untersuchung geschwunden ist, so findet man nach Verf.s Beobachtungen allemal als Grund für die typische Deformität eine Epiphysenlösung am oberen Humerusende. Diese letzte Feststellung scheint nicht einem reinen Zufall zu verdanken zu sein; sie steht aber in einem gewissen Gegensatz zu der Statistik, die Lange auf Grund seiner Beobachtungen aufgestellt hat, da Lange unter 13 sogenannten falschen Lähmungen (also solchen ohne Muskellähmung) nur dreimal die Epiphysenlösung gesehen hat, während er in den übrigen 10 Fällen nur eine Distorsion des Schultergelenks als Grundlage der so typischen Kontraktur annimmt. Wenn Verf. auch keineswegs daran zweifelt, daß die von Lange nachgewiesene Schulterdistorsion den Symptomenkomplex der falschen Geburtslähmung hervorbringen kann, so glaubt er doch, daß die Epiphysenlösung weitaus häufiger den Grund für den gekennzeichneten Symptomenkomplex abgibt, als es nach Langes Beobachtungen scheinen könnte. Grätzer.

H. Finkelstein (Berlin), Zur Entstehungsweise seröser Meningitiden bei tuberkulösen Kindern. (Ebenda.) Besserungsfähige Meningitiden bei tuberkulösen Kindern sind etwas recht Seltenes. Dies möge die nachstehende Mitteilung rechtfertigen, deren Interesse hauptsächlich darin liegt, daß durch die spätere Sektion die Entstehungsweise des Ergusses mit Sicherheit klargestellt werden konnte. Es handelte sich um einen kräftigen, 8monatigen Knaben.

Die Diagnose: Verkäsung einer kruppösen Pneumonie, Miliartuberkulose, Meningitis serosa wurde durch die Autopsie bestätigt. Verf. erwähnt aus dem Protokoll nur kurz, daß neben großen käsigen Mediastinaldrüsen und Peribronchitis tuberculosa beider Lungen der ganze rechte Mittellappen in eine Riesenkaverne verwandelt war.

Am Gehirn ergab sich folgendes: Nirgends Miliartuberkulose. Die Pia sulzig ödematös, der linke Ventrikel in geringem, aber deutlichem Grade hydrozephalisch erweitert. Das Ependym im ganzen unverändert, nur am Boden des Ventrikels, entsprechend der Lage des Nucleus caudatus, ist es in mäßiger Ausdehnung verdickt und derb. Ein Durchschnitt an dieser Stelle zeigt einen nahe unter dem Ependym gelegenen, erbsengroßen, verkästen Tuberkel, dessen Lage dem Zentrum des verdickten Ependymbezirkes entspricht.

Die Epikrise lautet dementsprechend: Im Verlauf einer hochfieberhaften Lungenerkrankung wird die Tuberkulose des Brustraums mobilisiert, und es erfolgt Verschleppung einiger Bazillen in das Gehirn, dicht unter den Boden des linken Seitenventrikels. Der hier entstehende Tuberkel löst eine lokale Entzündung des dicht überlagernden Ependyms aus und im Anschluß daran eine seröse Meningitis ventricularis — ein Vorgang also, der durchaus dem der Entstehung einer serösen Pleuritis bei umschriebener Tuberkulose im Brustraum entspricht.

Mit der einsetzenden Verkäsung der Granulationswucherung ging auch die entzündliche Reizung der Umgebung zurück, um mit deren Beendigung und völligen Abkapselung bis zur klinischen Symptomlosigkeit zu verschwinden. Grätzer.

J. Peiser, Über Fettaustausch in der Säuglingsernährung. (Ebenda.) Die Czernysche Schule weiß seit langem, daß Säuglinge, welche Steigerung der Milch nicht mehr vertragen, durch Zugabe von Öl doch zu besserem Gedeihen zu bringen sind. Diese Beobachtung hat Verf. weiter verfolgt, um die Kenntnis der unterschiedlichen Bedeutung der einzelnen Fettarten für den Säugling zu fördern. Er ging derart vor, daß er bei einer Reihe von Säuglingen im Rahmen des gleichen Nahrungsverbandes Fettaustausch vornahm und die klinischen Erscheinungen kontrollierte. Verf. gibt mehrere derart gewonnene Kurven wieder.

Die fünf Kurven reichen hin, um im einzelnen die Wahrnehmungen zu zeigen, welche bei Darreichung von Fetten im allgemeinen bei Säuglingen gemacht werden können. Zunächst wiederholt sich die alte Erfahrung, daß hinsichtlich der Fettverdauung die einzelnen Individuen sich verschieden verhalten. Werner L. (Kurve 5) vertrug die (absolut) gleiche Buttermenge wesentlich besser als Gertrud P. (Kurve 4). Gertrud P. vertrug sie so schlecht, daß der Versuch unterbrochen werden mußte. Aber auch die anderen Kinder vertrugen Sahne bzw. Butter schlechter als die anderen Fette. Nach klinischem Gesamteindruck wurde in allen Versuchen am besten Lebertran vertragen.

In der Behandlung der Rachitis hat der Lebertran einen festen Platz errungen. Doch auch in der allgemeinen diätetischen Therapie des Säuglingsalters verdient er gleiche Beachtung wie beim älteren Kinde. Allerdings setzt der schlechte Geschmack seiner Verwendung Grenzen, die auch beim Säugling oft nicht überschritten werden können. Für derartige Fälle sollen Verf.s Ausführungen darauf hinweisen, daß Fettsteigerung erfolgreicher mit Öl und Pflanzenfett durchgeführt werden kann als mit Butter und Sahne.

Bekanntermaßen löst der Übergang von Buttermilchsuppe zu Milchmischungen oft eine akute Ernährungsstörung aus. Durch vorsichtige Zugabe von Öl oder Lebertran zur Buttermilchsuppe läßt sich die Toleranz des Kindes gegen Fett prüfen und so der Übergang zu Milchmischungen gefahrlos gestalten. Grätzer.

Paul Heim (Budapest), Über hypertonische Neugeborene und Säuglinge. (Aus der Säuglingsabteilung des Landesvereins für Mutter- und Säuglingsschutz in Budapest.) (Ebenda.) Man kann bei manchen Neugeborenen die Beobachtung machen, daß sie gleich nach ihrer Geburt den Kopf fest nach rückwärts spannen. Wegen dieser eigentümlichen Kopfhaltung können die Säuglinge kaum auf den Rücken gelegt werden, weil sie fast im Opisthotonus sind. Seitwärts gelagert drücken sie den Kopf so fest nach rückwärts, daß das Occiput fast die Rückenhaut berührt. Die Extremitäten befinden sich in starker Flexion und können nur mit ziemlicher Kraftanwendung gestreckt werden, worauf sie wieder in die flektierte Stellung zurückkehren. Die Muskeln fühlen sich sehr hart an, die Härte kann im Laufe der nächsten Wochen einen Grad erreichen, wie man ihn bei Athleten beobachten kann. Die elektrische Reizbarkeit der Nerven und Muskeln ist normal, die tiefen Reflexe sind gesteigert. Die Säuglinge sind zumeist unruhig, ihr Schlaf oberflächlich, und bei stärkeren Geräuschen fahren sie

plötzlich zusammen. Auffallend war, daß in den meisten von Verf.s Fällen die Kopfgestalt der Säuglinge ausgesprochen dolichozephal war. Mit großen Schwierigkeiten war die Ernährung dieser Säuglinge verbunden. Bei Frauenmilch konnte man während Wochen und Monaten kaum eine Gewichtszunahme konstatieren. Der Länge nach wuchsen die Kinder, ohne daß aber ihr Gewicht zugenommen hätte. Auch bei künstlicher Ernährung sind die Verhältnisse nicht besser. In den ersten 4—8 Wochen wird die Geduld auf eine harte Probe gestellt. Später nimmt in den meisten Fällen das Gewicht doch zu, besonders wenn der Säugling neben Frauenmilch auch eine eiweißreiche Nahrung, wie Eiweißmilch oder Kaseinfettmilch, erhält. Die hypertonischen Säuglinge erbrechen leicht. Nach Verf.s Erfahrung ist ein großer Teil der Säuglinge, welche an Pylorospasmus leiden, auch hypertonisch. Mit der Gewichtszunahme nimmt allmählich die Hypertonie ab. Am längsten bleibt die eigentümliche Kopfhaltung bestehen. Seitwärts gelagert, drücken sie den Kopf sofort nach rückwärts, trotzdem das passive Neigen des Kopfes nach vorn im Stadium der Besserung sehr leicht gelingt.

In einzelnen Fällen konnte Verf. folgendes beobachten. Wenn er einem solchen Säugling einen dickeren Bleistift in die Hand gab, faßte er denselben sehr fest, so daß man ihn an dem Bleistift emporheben konnte, wobei er mit zusammengezogenem Biceps, wie ein Turner, auch 5 Minuten an dem Blei hing.

Die Hypertonie ist nicht in jedem Fall so hochgradig. Zwischen der physiologischen Hypertonie der Neugeborenen und dem allgemeinen Muskelspasmus können wir alle denkbaren Übergänge beobachten, so daß in leichten Fällen die Grenze zwischen normalem und abnormalem Tonus kaum beobachtet werden kann. Je hochgradiger aber die Hypertonie ist, um so größere Schwierigkeiten bereitet die Ernährung der Säuglinge.

Während der späteren Entwicklung der Säuglinge konnte Verf. beobachten, daß vom 4. Monat an die Hypertonie allmählich abnimmt, in schweren Fällen aber bis zum 7. bis 8. Monat anhält. Nach dem Schwinden der Hypertonie können noch einzelne neuropathische Erscheinungen beobachtet werden. Die Reflexe sind gesteigert, der vasomotorische Apparat sehr labil; im allgemeinen sind sie sehr reizbar. Im weiteren Alter wurden sie intelligente, magere, doch muskelkräftige nervöse Kinder. Grätzer.

E. Moro (Heidelberg), Über rezidivierende Nabelkoliken bei älteren Kindern.[1] (M. m. W. 1913 Nr. 51.) Vor 2 Jahren wählte ich zu einem Fortbildungsvortrag das Thema: „Krankheiten der Ärztekinder“ und besprach bei jener Gelegenheit hauptsächlich solche Krankheitsbilder, die vermöge ihrer Ähnlichkeit mit dem Ausdruck ernsthafter Organerkrankungen sehr häufig zu unbegründeten Befürchtungen seitens der Väter Anlaß geben. Eine ergiebige Fundgrube von Phobien bieten dem ängstlichen Beobachter erfahrungsgemäß besonders die mannigfachen Zirkulationsstörungen der vasolabilen Kinder und der reiche Symptomenkomplex des Neurolymphatismus. Von den akuten Zuständen ist es aber vor allem die große Gruppe der

[1]) Wörtlich wiedergegeben.



„Pseudoappendizitis", deren unheimliche Physiognomie schon so mancher gesunden Appendix das Leben gekostet hat. Ein Schaden ist damit in der Regel nicht verbunden; denn es ist in „verdächtigen Fällen" besser, zu viel als zu wenig zu operieren. Aber wenn das Heil des Messers ebenso gut auch durch einen über dem Nabel aufgeklebten Heftpflasterstreifen ersetzt werden kann, so ist dieser Weg entschieden vorzuziehen.

Besonders ausführlich besprach ich damals eine bestimmte Form von anfallsweise auftretenden, häufig rezidivierenden Leibschmerzen, die mit großer Regelmäßigkeit in die Nabelgegend lokalisiert werden und die ich deshalb kurz als „rezidivierende Nabelkoliken" bezeichnete. Solchen Koliken begegnen wir bei Kindern jenseits des 4. Lebensjahres gar nicht selten, und mitunter bilden die Nabelschmerzen den einzigen und unmittelbaren Anlaß zur Konsultation. Trotzdem wurde dem Krankheitsbild seitens der Kinderärzte bis vor kurzem nicht die Beachtung geschenkt, die es aus praktischen Gründen verdient. Erst in allerjüngster Zeit wies Czerny im Kapitel „Neuro- und Psychopathie" seines Handbuches auf die Bedeutung des Nabelschmerzes hin, während Verf. in der älteren Literatur nur einen einzigen, anscheinend in Vergessenheit geratenen Artikel von Friedjung vorfand, der sich mit der Klinik und Analyse dieses Zustandes eingehender befaßte.

Verf. verfügt über 18 einschlägige Fälle. Er sagt absichtlich Fälle — nicht Beobachtungen, denn Verf. war bisher nicht in der Lage, einen „Anfall" mit eigenen Augen zu sehen und muß sich daher bei der Schilderung der Koliken ganz auf die Angaben der Angehörigen verlassen.

Die Kinder werden plötzlich blaß und beginnen über heftige Schmerzen in der Nabelgegend zu klagen. Die Schmerzen sitzen typischerweise entweder am Nabel selbst oder aber in der Gegend zwischen dem Nabel und dem Schwertfortsatz — im Epigastrium. Andere Lokalisationen sind seltener. Ein greifbarer Anlaß zu den Schmerzanfällen läßt sich nicht eruieren. Oft beginnen diese Kinder mitten im Spiel plötzlich innezuhalten und beide Fäuste jammernd gegen den Bauch zu pressen, manchmal kommt der Anfall während des Spazierganges mit der Mutter, zuweilen bei Tisch, während des Essens — niemals in der Schule. Einmal wurde angegeben, daß die Anfälle nach längerem Ballspiel oder anstrengendem Laufen einzutreten pflegen. Ihre Dauer ist eine sehr verschieden lange. Von einem 7jährigen Knaben hörte Verf., daß die erste starke „Darmkolik" von 10 Uhr morgens bis abends 6 Uhr ununterbrochen anhielt. Andere gleichartige Anfälle dauerten aber bei demselben Knaben bloß $^1/_2$ bis 1 Stunde, oft nur ein paar Minuten. Charakteristisch ist das häufige Rezidivieren der Anfälle; mit einer einzigen Attacke ist es niemals abgetan. Bei den großen Anfällen läßt sich sogar eine gewisse Regelmäßigkeit, eine Art von Periodizität feststellen, denn man hört nicht selten, daß die Koliken gerade alle 2—3 Monate wiederkehren. Erbrechen ist selten, kommt aber vor. Bemerkenswert ist die Tatsache, daß Verf. bei 3 Kindern dieser Kategorie periodisches oder sog. azetonämisches Erbrechen beobachtete. Zweimal gingen die Nabelkoliken voraus, und 1—2 Jahre später stellte sich periodisches Erbrechen ein; bei einem dritten, 8jährigen Mädchen

wurde hingegen die mehrtägige Brechperiode jedesmal von typischen Nabelschmerzen eingeleitet. Höheres Fieber findet sich niemals, erhöhte Rektaltemperatur (um 38°) hingegen häufig. Über die Pulsqualität während der Anfälle ist Verf. nichts bekannt. Bei 2 Kindern beobachtete Verf. in der anfallfreien Zeit auffallende Bradykardie. Fast regelmäßig (15mal unter 18 Fällen) bestand hartnäckige Obstipation, oft kombiniert mit auffallend starkem Meteorismus; und Klagen über ständige Verstopfung, Blähungen und harten, gespannten Leib hört man in solchen Fällen so oft, daß man nicht gern achtlos daran vorübergeht. Auch sollen die Anfälle nach Angabe der Eltern auf Rizinus oder Einlauf, also sobald Gelegenheit zu ausgiebiger Darmentleerung geboten wird, manchmal sofort sistieren, während warme Umschläge nichts nützen.

Das jüngste Kind in der Beobachtungsreihe des Verf.s war 4, das älteste 14 Jahre alt. Zumeist fielen die Anfänge des Leidens in das 5. bis 7. Lebensjahr.

Es bedarf keines besonderen Hinweises darauf, wie sehr solche Anfälle zur Diagnose Appendizitis reizen, zumal wenn dabei Erbrechen und Obstipation bestehen und die Rektalmessung erhöhte Temperaturwerte ergibt; ganz besonders aber dann, wenn — wie allerdings sehr selten in diesen Fällen — die Schmerzen nicht über dem Nabel, sondern mit großer Konsequenz in der rechten Seite angegeben werden.

Zur Illustration führt Verf. 2 Fälle (Mädchen im Alter von 8 resp. 14 Jahren) an, die er zwar nicht im Anfall selbst, wohl aber in den darauffolgenden Tagen zu beobachten Gelegenheit hatte; denn mit dem Aufhören des Anfalles ist das Leiden nicht immer restlos behoben, sondern es bleibt mitunter eine Druckempfindlichkeit zurück, die bis zum völligen Erlöschen noch mehrere Tage persistieren kann. In beiden Fällen bestand rechts deutliche Muskelspannung. Während aber bei dem 8jährigen Kind die Angaben über den Druckschmerz so unsicher waren, daß man bald wußte, woran man ist, äußerte das zweite Mädchen mit absoluter Regelmäßigkeit, bei wiederholter Prüfung und mit verbundenen Augen, nur dann Schmerzen, wenn der drückende Finger den Mac Burneyschen Punkt berührte. Die Anamnese und der übrige Befund bestimmten Verf. dazu, den Fall als nichtappendizitische „Nabelkolik" anzusprechen. Am nächsten Tage wurde operiert, und es kam eine vollständig normale Appendix zum Vorschein, an der auch der Histologe nicht das Geringste auszusetzen hatte.

Die Wiederholung der Schmerzanfälle läßt leicht an „chronische Appendizitis" und „Operation im Intervall" denken. Dieses Gespenst treibt die Eltern von Arzt zu Arzt, und so haben die meisten Fälle bereits ihre Vorgeschichte.

Einmal wurde ein „Zwölffingerdarmkatarrh" angenommen, mehrmals Würmer; zumal, wenn die Kinder die Gewohnheit hatten, gelegentlich in der Nase zu bohren. Weit davon entfernt, sich über die Frage nach einer eventuellen Beteiligung von Würmern an gewissen, schwer deutbaren Intestinalerkrankungen von vornherein hinwegzusetzen, untersuchte Verf. besonders anfangs wiederholt auf Parasiteneier — aber niemals mit besonderem Erfolg.

Von einem Arzt wurde die Möglichkeit schmerzhafter Mesenterialdrüsenschwellungen erwogen; nicht spezifischer, sondern solcher Intumeszenzen, wie wir sie so häufig bei lymphatischen Kindern vorfinden. Diese Vermutung hängt, glaubt Verf., völlig in der Luft und ist vielleicht darauf zurückzuführen, daß bei Mesenterialdrüsentuberkulose die Schmerzen so häufig gerade nach der Nabelgegend ausstrahlen.

Zumeist wurden die Schmerzen mit der Rektusdiastase in Zusammenhang gebracht. Dies wird um so verständlicher, als tatsächlich die Mehrzahl dieser Kinder einen ungewöhnlich breiten und tiefen Rektusspalt aufweisen. Eine Erklärung dafür, in welcher Weise die Rektusdiastase für das Zustandekommen der Schmerzanfälle verantwortlich zu machen sei, wurde allerdings niemals gegeben. Doch stellt sich Verf. vor, daß man dabei an Einklemmungserscheinungen irgendwelcher Art dachte. Ist eine sog. epigastrische Hernie in Form eines kleinen, oft nur stecknadelkopfgroßen präperitonealen Fettklümpchens unter der Haut nachweisbar oder aber eine scharfrandige, quere Lücke in der Linea alba zu fühlen, so liegt es nahe, bei Ermangelung anderer Erklärungsmöglichkeiten, solche Gebildchen mit den Krisen in Kausalnexus zu bringen (Brandenberg). Manchmal sollen diese oberhalb des Nabels gelagerten Fettläppchen einen kleinen Bauchfelltrichter nach sich ziehen, der angeblich die Rolle eines Bruchsackes für die Aufnahme von Netzteilen übernehmen kann. Verf. muß gestehen, daß er in seinen Fällen nur ein einziges Mal etwas Ähnliches sah, bei einem 9jährigen Mädchen, das im Juni v. Js. wegen Leibschmerzen unsere Poliklinik aufsuchte. 2 cm oberhalb des Nabels, und zwar eine Spur links von der Mittellinie, war eine kirschkerngroße, weiche, lappige, kaum verschiebliche Vorwölbung sicht- und fühlbar. Wir empfahlen die Aufnahme zur Operation, wozu sich aber der Vater des Kindes nicht entschließen konnte, so daß Verf. Genaueres darüber nicht aussagen kann. Sonst beobachtete Verf. niemals weder Geschwülstchen noch Lücken der Linea alba, und auch die Rektusdiastase kann nicht ausschlaggebend sein, da typische Fälle solcher Art vorkommen, die nicht die Spur eines Rektusspaltes erkennen lassen.

Beachtenswert ist die bereits erwähnte Tatsache, daß die meisten dieser Kinder an hartnäckiger Obstipation und an Blähungen leiden, und daß die Anfälle manchmal durch Einläufe und Rizinusöl kupiert werden können. Sind kontrahierte Darmschlingen fühlbar, dann rückt die Vermutung spastischer Obstipation und schmerzhafter Darmspasmen in den Vordergrund. Solche Befunde sind aber in dieser Gruppe von Fällen anscheinend große Raritäten. Ich erinnere mich eines einzigen auf der Klinik aufgenommenen Kindes, bei dem noch im Stadium der abklingenden Kolik ein derber, kurzer Darmstrang nachweisbar war.

Wir haben uns bisher nur mit den Nabelkoliken, nicht aber mit den Trägern dieser Schmerzen, nämlich mit den Kindern selbst befaßt, was unbedingt erforderlich ist, um sich über die Natur dieser Anfälle ein Bild machen zu können. Lassen wir die Reihe unserer Fälle Revue passieren, so fällt uns nämlich sofort ein klinisches Merkmal auf, das allen ausnahmslos gemeinsam ist und eine wesentliche Bedeutung beanspruchen darf. Es ist die neuropathische Konstitution dieser Kinder, die sich hier in ebenso mannigfaltigen als typischen Formen ausprägt.

Wir hören von periodischem Erbrechen, von morgendlichem Schulerbrechen, von Migräne, Asthma, Enuresis peracta. Meist finden wir gröbere vasomotorische Störungen, Neigung zu Hyperthermie und orthotische Albuminurie. Die Mehrzahl dieser Kinder ist in ihrem Wesen hypersensibel, reflexiv übererregbar und unter dem ständigen Einfluß neuropathogener häuslicher Noxen verzärtelt und launenhaft. Bei einigen bestanden neben den Nabelschmerzen gelegentlich auch andere Schmerzen — in den Beinen, im Knie, in der Wade, am Hinterkopf oder aber am Rücken zwischen den Schulterblättern, bald vor dem Erscheinen, bald nach dem endgültigen Aufhören der „Darmkoliken". Dazu die Obstipation dieser Kinder, die die Eigentümlichkeit besitzt, in der Klinik, d. h. nach Milieuwechsel, auch bei ungefähr gleichbleibender Kost sofort zu schwinden. Solche Wahrnehmungen weisen den Gedanken von vornherein eine ganz bestimmte Bahn und führen dazu, auch das vorliegende Leiden als einen im wesentlichen psychogen bedingten Zustand aufzufassen. Bedarf es dazu noch eines besonderen Beweises, so wird dieser vollends erbracht durch den Effekt der eingeschlagenen Therapie. Schon in der Arbeit Friedjungs wurde die Baldriantinktur als absolut sicher wirkendes Mittel gekennzeichnet. Verf. ging immer so vor, daß er die Nabelgegend zunächst mit dem faradischen Pinsel bearbeitete und dann mit einem Leukoplaststreifen überklebte. Zuhause ließ er dann noch Belladonnaenzianpillen weiternehmen. Mit dieser Therapie hatte er durchwegs ausgezeichnete Erfolge, und auch die Obstipation, die mitunter durch viele Monate die Verabreichung von Klistieren erforderlich machte, war oft wie mit einem Schlage behoben. Es bedarf keiner Erläuterung, daß alle diese Maßnahmen lediglich suggestiv wirken konnten, und Verf. zweifelt nicht daran, daß man auf anderen, gleich gerichteten Wegen ebenfalls zum gewünschten Ziel gelangen kann. Auch den gelegentlichen Erfolg der Anhänger der „Rektustheorie", die mit Vorliebe das ständige Tragen eines mit einer Pelotte armierten Leibgürtels verordnen, deutet er in diesem Sinne und meint nicht, daß ein auf solche Weise erreichter günstiger Effekt einen andersgearteten Rückschluß gestattet.

Die Sensibilität neuropathischer Kinder kann enorme Grade erreichen. Sehr verbreitet sind gewisse Hyperästhesien, z. B. der Haare — besser gesagt der Kopfhaut oder der Nägel, was bei jedem Frisieren und Nägelschneiden zu unliebsamen Szenen Veranlassung gibt. Ein kleiner Ritzer der Epidermis kann bei diesen feinen Geschöpfen zur Quelle langdauernden Unbehagens werden, und einzelne von ihnen äußern sogar beim Beklopfen der Pattellarsehne sichtliche Schmerzen. Wenn wir uns diese Tatsachen vor Augen halten, so wird es begreiflich, daß bei neuropathischen Kindern mitunter Empfindungen und Äußerungen des Schmerzes zutage treten können, für die ein Substrat nicht eruierbar ist und denen gröbere Naturen mit großem Unverständnis gegenüberstehen. Das ist auch das einzige, was wir bisher über das Wesen der beschriebenen Nabelkoliken aussagen können. Gelingt es, eine sog. epigastrische Hernie oder aber Darmspasmen nachzuweisen, dann liegt die Erklärung auf der Hand, und man wird eventuell Zerrungen des parietalen Peritoneums resp. des Mesenteriums für die Schmerzanfälle verantwortlich machen. Solche Fälle mit „objektivem

Befund" sind aber anscheinend so überaus selten, daß sie gegenüber den anderen ohne „greifbare Ursache" praktisch kaum in Betracht kommen. Grätzer.

B. Salge, Zur Beruhigung schreiender Säuglinge durch Anblasen. (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Straßburg i. E.) (Ebenda.) In Nr. 26 der Münch. med. Wchschr. hat Nussbaum aus der chirurgischen Klinik in Bonn empfohlen, schreiende Säuglinge durch Anblasen zu beruhigen, in seinem Fall, um die Reposition von Hernien leichter zu ermöglichen. Diese Angabe ist in die Tageszeitungen übergegangen und findet sich auch in Nr. 9 des XVI. Jahrgangs des Gesundheitslehrers.

Zunächst sei festgestellt, daß es sich hier nicht um eine neue Entdeckung handelt, sondern um eine alte Unart der Kinderfrauen, die zu bekämpfen die Hygiene allen Grund hat. Erstens gibt es kaum ein besseres Mittel, um die für Säuglinge bekanntlich unverhältnismäßig gefährlichen katarrhalischen Infektionen zu übertragen, zweitens führt eine derartige Störung im Atmungsmechanismus — denn darauf läuft diese Methode hinaus — bei Kindern mit Spasmophilie leicht zum Laryngospasmus und damit zur Lebensgefahr. Auf jeder Säuglingsstation, auf der die Grundbegriffe der Hygiene bekannt sind, wird man dieses Anblasen deswegen energisch verbieten, und es ist sehr bedauerlich, daß durch eine solche Empfehlung in weite Kreise die Vorstellung getragen worden ist, es handle sich um eine harmlose neugefundene Maßregel. Wenn man bei schreienden Kindern das Abdomen untersuchen, eine Resistenz überwinden will, so erreicht man das, wenn andere Beschwichtigungsversuche, wie leichte wiegende Bewegungen des Kopfes und Oberkörpers, versagen, durch ein Chloralklistier oder durch Brom oder Adalin, Mittel, die vom Säugling ohne weiteres ertragen werden. Bekanntlich vertragen selbst junge Säuglinge ohne jeden Schaden Klistiere von 0,3—0,5 Chloralhydrat, und der eintretende Schlaf ist tief genug, um alle wünschenswerten Untersuchungen und therapeutischen Eingriffe vornehmen zu können, ohne das Kind den Gefahren auszusetzen, die mit dem Anblasen verbunden sind. Es ist nur verwunderlich, daß nicht schon jemand auf die Idee gekommen ist, durch einen kräftigen Ventilator die Kinder am Atmen zu verhindern und so das Schreien zu unterdrücken! Grätzer.

H. Obermüller (Mainz), Über „Coagulen Kocher-Fonio", ein neues Blutstillungsmittel und seine Anwendung in der Rhinologie. (Ebenda.) Das „Coagulen" stellt ein körniges, zuckersüß schmeckendes Pulver dar, dessen 10 %ige Lösung am besten unmittelbar vor dem Gebrauche 5 Minuten lang bei 100° (durch Wasserdampf oder auf dem Wasserbad) sterilisiert wird. Die gebrauchsfertige Lösung ist etwas trübe, beim Erhitzen bilden sich leicht größere Flocken, die sich jedoch beim Abkühlen und Schütteln wieder zerteilen.

Verf. hat diese 10 %ige sterile Lösung bei einer großen Anzahl intranasaler Eingriffe verwandt und kann derselben vorweg das Zeugnis ausstellen, daß ihre Anwendung ihn beinahe durchweg in hohem Maße befriedigt hat.

Bei der einfachen Konchotomie, die ja trotz der moderneren submukösen Septumresektion noch nicht ganz überflüssig geworden ist, genügt, nachdem die beabsichtigte Muschelpartie in Kokain- oder Kokainadrenalinanästhesie abgetragen ist, das einige Sekunden währende Andrücken eines mit Coagulen getränkten Wattetampons, um die Blutung gut zu stillen und eine Nachblutung, ganz besonders die nach Stunden sonst häufig erfolgende Spätblutung, zu verhindern. Während Verf. vordem aus Besorgnis vor einer solchen Nachblutung (welcher Rhinologe hat nicht ihre unangenehme Bekanntschaft gemacht?) die Patienten nur mit fester Nasentamponade nach Hause entließ, ist eine solche nach Coagulenanwendung jetzt entbehrlich geworden, da sich an einer großen Serie von tamponlos behandelten Fällen gezeigt hat, daß man bei Anwendung dieses Mittels getrost darauf verzichten kann.

Mag auch bei der einfachen Konchotomie schon jetzt vielleicht der eine oder andere Operateur, zumal bei klinischer Behandlung, tamponlos behandelt haben, so dürfte dies wohl kaum bis jetzt gemacht worden sein bei der submukösen Resektion des Septums. Hier zeigte sich die günstige Wirkung in doppelter Weise: Während der Operation wurde durch Tupfen mit coagulengetränkten Gazetupfern eine Blutfreiheit des Operationsgebietes erzielt, die vordem mit Adrenalin allein nie erreicht wurde. Die Orientierung wird hierdurch wesentlich erleichtert. Am Schlusse der Operation wird die Bucht zwischen den beiden Schleimhautblättern mit einer reichlichen Coagulenmenge mittels Zerstäubers oder mit Rekordspritze ausgespült und die beiden Schleimhautblätter mittels der noch zwischen ihnen verbleibenden Coagulenlösung durch sanften seitlichen Druck mit einem flachen Spatel geradezu aneinandergeklebt. Jede Tamponade ist so überflüssig, was für den Patienten in der Nachbehandlung eine ganz erhebliche Erleichterung bedeutet.

Die günstige Wirkung nach Adeno- und Tonsillotomie will Verf. nur nebenbei hervorheben, es kann hier das Mittel regelmäßige Verwendung finden als reines Prophylaktikum gegen Nachblutung, indem man direkt im Anschluß an die Operation durch die Nase bei Adenotomie, per os bei Tonsillotomie durch kräftigen Strahl mit der Rekordspritze das Mittel auf die Wundfläche aufbringt, auch als Gargarisma ist im letzteren Falle seine Anwendung möglich, wobei in der Kinderpraxis der süße Geschmack des Mittels angenehm empfunden wird.

In einem Falle von schwerer Nachblutung nach Adenotomie zeigte sich die Wirkung sehr prompt:

8jähr. Knabe ohne sonstige Krankheitserscheinungen, mit stark hypertrophischen Tonsillen und adenoiden Vegetationen. Alle drei Tonsillen in einer Sitzung entfernt. Ganz mäßige Blutung. Wird direkt nach Hause entlassen (ohne Coagulen). Zwei Tage später starke Blutung aus Mund und Nase und Erbrechen blutiger Massen. Status: Blasser, sehr hinfälliger Junge, beide Nasenseiten, der ganze Nasenrachen und der hintere Teil der Mundhöhle mit dicken Blutkoagulis erfüllt, daneben wird fortgesetzt Blut ausgeworfen. Die Blutkoagula werden digital aus Mundhöhle und Nasenrachenraum entfernt, dabei wird konstatiert, daß die Blutung aus letzterem stammt. Die Nase wird, um sie ganz von Blut zu befreien, mit lauwarmem Wasser durchspült. Sodann werden im ganzen 10 ccm 10%ige Coagulen mit kräftigem Spray durch die Nase hindurch in den Nasenrachenraum zerstäubt. Die Blutung stand sofort und ist nicht mehr aufgetreten. Weiterhin normaler Verlauf und rasche Rekonvaleszenz.

Grätzer.

H. Eichhorst, Scharlach und Erythema nodosum. (M. Kl. 1914 Nr. 25.) Kasuistik. Nach seinen Erfahrungen kann Verf. behaupten, daß man zu den, wenn auch seltenen Ursachen eines Erythema nodosum auch die Scarlatina rechnen muß. Grätzer.

J. Fels (Lemberg), Über akute Stauungsleber. (Ebenda.) Verf. beschreibt 2 Fälle, davon der eine ein 5jähriges Kind betreffend. Dieses erkrankte an Gastroenteritis und klagte über Bauchschmerzen. Verf. fand die Leber stark vergrößert und schmerzhaft. Nach kurzer Zeit fand sich von der Leberschwellung nichts mehr. Grätzer.

Erwin Popper, Über Pertussis. (Aus der Kinderabteilung der Wiener Poliklinik.) (M. Kl. 1914 Nr. 26.) Der Keuchhusten ist eine akute Infektionskrankheit, durch einen spezifischen Erreger hervorgerufen.

Er dauert gewöhnlich fünf bis sechs Wochen (organisches oder infektiöses Stadium), ihm folgt häufig ein auf ganz verschiedene Zeit sich erstreckendes Stadium mit typischen Anfällen, die durch Suggestion meist zu beseitigen sind (nervöses oder psychisches Stadium). Im infektiösen Stadium ließ sich wiederholt eine Herabsetzung der Tuberkulinempfindlichkeit nachweisen.

Schon im ersten Stadium sind die Patienten in einem gewissen, jedoch ziemlich geringen Grade suggestiv im Sinn einer Besserung beeinflußbar, im zweiten Stadium heilt eine suggestive Behandlung, am besten der faradische Strom, nahezu immer vollständig. Es ist daher auf die psychische Behandlung des Keuchhustenkranken ein besonderes Gewicht zu legen.

Als bestes symptomatisches Mittel im ersten Stadium hat sich das Papaverin bewährt. Man gibt es als salzsaures Papaverin und verschreibt: Papaverin Roche 0,2—0,3 : 100, zweistündlich einen Kinderlöffel. Es ist ein vollkommen ungiftiges, nicht narkotisch wirkendes Präparat, hat keinerlei unangenehme Nebenwirkungen und wird von den Kindern ohne weiteres genommen. In den meisten Fällen, auch in ganz frischen, wo eine stärkere suggestive Beeinflussung erfahrungsgemäß auszuschließen ist, sahen wir von ihm eine außerordentlich günstige symptomatische Wirkung. Meist wurden die Anfälle bedeutend leichter und seltener, das Aufziehen wurde meist schwächer, am stärksten und deutlichsten war aber die Einwirkung auf das Erbrechen. Dieses hörte, solange das Mittel genommen wurde, bei einem Teil der so behandelten Kinder ganz auf, bei den übrigen wurde es viel seltener. Grätzer.

F. Glaser, Syphilis haemorrhagica hereditaria oder Säuglings-Raynaud? (Aus der II. inneren Abteilung des Auguste-Viktoria-Krankenhauses zu Berlin-Schöneberg.) (M. Kl. 1914 Nr. 27.) Bei einem 11 Monate alten, hereditär syphilitischen Kinde, das an typischer Raynaudscher Krankheit litt, wurden monatelang vor Auftreten der eigentlichen vasomotorischen Symptome ausgedehnte, zum Teil symmetrische Hautsugillationen beobachtet, die als „vasomotorische Purpura“ anzusprechen sind. Es lag demnach eine äußerst seltene Kombination von ausgedehnten Hautblutungen und darauf-

folgenden vasomotorisch-zirkulatorischen Störungen in Form einer Asphyxie locale symmétrique vor, die ihre Erklärung in länger oder kürzer dauernden Venenkrämpfen finden. Grätzer.

Hans Curschmann, Über familiäre atrophische Myotonie. (D. Zschr. f. Nervenhlk. 45. 1912 H. 3.) 4 Fälle von atrophischer Myotonie, 2 Familien entstammend, in denen dieses Leiden als familiäre Krankheit herrscht. In allen 4 Fällen entwickelte sich die Krankheit langsam und schleichend seit 12—16 Jahren, ohne besonderen Stillstand und ohne plötzliche Exazerbationen, bei allen waren die typisch myotonischen Beschwerden die ersten Symptome, dann folgte die Sprachstörung, dann die eigentlichen Paresen und Atrophien der Muskulatur, zuletzt die ataktischen Störungen, dazwischen vasomotorische und intestinale Beschwerden: Zyanose, Frostigkeit, Starbildung (als trophische Störung), Dyspepsie usw. Die Sensibilität war in allen Fällen intakt, die Sehnenreflexe zum Teil erloschen, die Hautreflexe normal, die sexuellen Funktionen vermindert bzw. erloschen. Der Typus der myotonischen Atrophie war der Hand-Vorderarm-, Sternokleidomuskel- und Gesichtstypus (Facies myopathica).

Verf. zeigt den näheren Unterschied zwischen den Fällen von atrophischer Myotonie — letztere stellt eine Krankheit sui generis dar — und den typischen Fällen vom Thomsenschen Myotonietypus. Bezüglich des Wesens und der Pathogenese ist aber eine starke Verwandtschaft zwischen beiden Formen zu vermuten. Die myotonischen Symptome, die Muskelatrophien, der Verlust der Sehnenreflexe, die Ataxie, das häufig positive Chvosteksche Zeichen, die Katarakt, der Schwund des Haupthaars (alle 3 männlichen Pat. des Verf. hatten Glatzen), die Störungen des Geschlechtslebens, die vasomotorischen Störungen, die allgemeine Abmagerung und Asthenie — all dies deutet auf eine Autointoxikation, eine Störung der inneren Sekretion hin (Hypoparathyreoidismus nach Lundborg?). K. Mendel.

H. Roeder, C. Bieling, B. Spinak und **A. Bickel,** Untersuchungen über den Einfluß der Geländebehandlung auf schwach konstituierte herzkranke Kinder. (Intern. Beiträge z. Pathologie u. Therapie d. Ernährungsstörungen 5. 1914 H. 2. S. 133.) Die vorliegende Arbeit besteht aus 7 Einzelarbeiten, nämlich:

1. A. Bickel, Zur Einführung. Bewegung und Kreislauf in der Physiologie.
2. H. Roeder, Physiologische Beziehungen zwischen Kreislauf und Atmung.
3. H. Roeder, Weitere wissenschaftliche Unterlagen für eine Geländebehandlung herzkranker Kinder.
4. H. Roeder, Die Exkursion nach dem Thüringer Walde zur klinisch-experimentellen Beobachtung des Einflusses der Geländebehandlung bei 12 herzkranken Kindern im Sommer 1913 nebst den Krankengeschichten.
5. C. Bieling, Orthodiagraphische und elektrokardiographische Untersuchungen an den 12 herzkranken Kindern.
6. B. Spinak, Untersuchung des Blutdruckes, des Pulses und des Urins bei den 12 herzkranken Kindern.

7. H. Roeder, Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse aus dem gesamten Material.

Zusammenfassend bemerkt Roeder, daß eigentlich in allen Fällen durch die Geländebehandlung nicht nur in der einen oder anderen Weise das spezielle Herzleiden in günstiger Weise beeinflußt worden ist, sondern daß auch die allgemeine Entwicklung einen erfreulichen Anstoß erhalten hat.

Die bei der Geländebehandlung eingetretenen Schwankungen der Herzsilhouette, wie sie in dem Verhalten des Blutdruckes und des elektrokardiographischen Befundes zum Ausdruck kommen, sind aufzufassen als passagere Erscheinungen, die sich unter dem unmittelbaren Einfluß der körperlichen Leistung ausbilden, die aber nachher wieder zurückgehen. Aber gerade die Erstarkung der gesamten Konstitution während der nachfolgenden Monate zeigt deutlich den Gewinn, den die Geländebehandlung den herzkranken Kindern gebracht hat.

Gerade in dem Verhalten in der Nachperiode erblickt Roeder das wichtigste Kriterium dafür, ob die kurzfristige Geländebehandlung den Kindern genützt hat, und bei der Beurteilung darf man über dem physischen das psychische Verhalten nicht vernachlässigen, das, wie aus den Schilderungen hervorgeht, bei den Kranken oft schon während der Tage der Exkursion eine merkliche Wandlung zum Besseren erfuhr.

Bemerkt sei noch, daß die wertvolle Arbeit auch separat bei August Hirschwald in Berlin erschienen ist. Interessenten seien daher auf die Lektüre der vorliegenden Arbeit eindringlichst hingewiesen.

K. Boas.

H. O. Schuster, Über Dementia paralytica im jugendlichen Lebensalter. (Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität in Kiel. Direktor Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Siemerling.) (Inaug.-Dissert. Kiel 1914.) Der Fall des Verf. betrifft ein 11jähriges Mädchen. Ätiologisch kommt Lues patris in Betracht. Die Patientin selbst zeigte weder bei der Aufnahme noch späterhin, auch in früherer Zeit nicht, klinische Symptome von kongenitaler Syphilis. Die Erkrankung der Patientin trat im 10. Lebensjahre auf und begann mit einer deutlichen Abnahme der Intelligenz. Das Alter ist etwas frühzeitig, da die meisten juvenilen Paralysen erst mit 13 Jahren in Erscheinung zu treten pflegen. Die Dauer der Erkrankung war eine relativ geringe, der Verlauf typisch. Im Endstadium waren Spasmen, Kontraktionen und hochgradige Atrophie zu beobachten. Zugrunde ging die Patientin an hochgradigen Dekurbitalgeschwüren und Marasmus. Der mikroskopische Sektionsbefund des Gehirns war typisch für Paralyse. Auffallend war die Erweiterung und das erhebliche Sarkom unter das Niveau an zwei Stellen der Konvexität.

Zur Erkennung und frühzeitigen Behandlung der juvenilen progressiven Paralyse ist es von besonderer Wichtigkeit, die Wa.R. nicht nur im Blute, sondern auch in der Spinalflüssigkeit anzustellen.

K. Boas.

Graefe, Über Tuberkulose des weiblichen Genitalapparates im Kindesalter. (Inaug.-Dissert. Halle 1914 u. Msch. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie. Oktober- u. Novemberheft 1914.) Die Genitaltuberkulose wird bei weiblichen Kindern im Verhältnis zu der

Häufigkeit der Tuberkulose im Kindesalter überhaupt relativ selten und auch seltener als bei erwachsenen Frauen gefunden, am häufigsten im 1. bis 5. und im 10. bis 15. Lebensjahr. Sie wird fast immer neben älteren tuberkulösen Prozessen in anderen Körperteilen angetroffen und siedelt sich meist auf dem Blutwege, am liebsten, wie bei den Frauen, im Abdominalteil der Tube und im Uterus, meist in beiden gleichzeitig an, während Ovarien, Vagina und Vulva nur selten ergriffen werden. Der Prozeß beginnt meist von der Schleimhautoberfläche aus und dringt erst allmählich in die Tiefe ein, wobei er stark zur Verkäsung, fast nie zu bindegewebiger Ausheilung neigt. Meist breitet sich die Erkrankung zuerst von den Tuben auf die übrigen Teile des Genitaltraktus aus, doch können diese auch unabhängig voneinander gleichzeitig hämatogen infiziert werden. Ein Übergreifen des Prozesses von den Tuben auf das Peritoneum ist viel häufiger als der umgekehrte Weg; extrem selten ist ein primärer Beginn in Vagina oder Vulva oder eine Fortleitung vom uropoëtischen auf das Genitalsystem.

K. Boas.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

N. Pende (Palermo), Über das Vorkommen einer neuen Drüse mit innerer Sekretion. (Riforma medica, 1913, 31. Mai. Nr. 22.) Die angezeigte Mitteilung will die Aufmerksamkeit der Ärzte und der Pädiater vor allem auf das Vorkommen einer Drüse mit innerer Sekretion lenken, die zwar von einigen Untersuchern bereits gesehen, aber von den mit Endokrinologie sich beschäftigenden Autoren bis jetzt so wenig beachtet wurde, daß auch die neuesten Werke, selbst das von Biedl, davon nichts erwähnen.

Es handelt sich um eine in der Nachbarschaft der Nebenschilddrüsen gelegene drüsige Bildung, die von Pepere (1906), dann von Ronconi kurz erwähnt, von Tixier und Feldzer (1909), von Silvan (1912) genauer beschrieben worden ist. Verf. hat sie beim Neugeborenen und beim Hunde genauer studiert.

Es besteht nach all diesen Untersuchungen in der Nachbarschaft von Schilddrüsen, Nebenschilddrüsen und Thymus ein viertes endokrines Gewebe, das aller Wahrscheinlichkeit nach, gleich Thymus und Nebenschilddrüsen, aus den Kiemenspalten abgeleitet werden muß. Anordnung und Bau sind genau die gleichen beim neugeborenen Menschen und Hunde. Bei diesem letzteren indes scheint das Organ noch größer zu sein. Dasselbe besteht aus 15—20, teils um Schilddrüse und Nebenschilddrüsen, teils um die Thymus herum gelegenen Epithelläppchen. Die Mehrzahl findet sich meist in der Nachbarschaft der an der oberen Thoraxapertur gelegenen Thymuslappen und um die oberen Glandulae parathyreoideae herum. Die größten Läppchen von graurötlicher Farbe sind mit bloßem Auge sichtbar und stechen gegen das umgebende Gewebe durch ihren großen Gefäßreichtum ab. Die Gesamtheit dieser Epithelläppchen überschreitet um vieles, besonders beim neugeborenen Hund, die Größe der Gl. parathyreoideae als Ganzes betrachtet.

Um diese Drüseninseln herum ist keine deutliche Bindegewebskapsel vorhanden, und auch Bindegewebsstroma fehlt. Histologisch

handelt es sich um Gewebe, in welchen sehr zahlreiche (intriqués) Kapillaren von einem Ring großer Epithelzellen umgeben sind, welche drei- bis viermal die Größe der Parathyroidzellen übertreffen, deren Form rund oder polyedrisch und deren Grenzen sehr scharf sind. Der Kern ist ziemlich groß, sehr deutlich, rund, blasig, mit einer ziemlich klaren Kernmembran, spärlichem Chromatin und einer bis drei Nukleolen. Das Protoplasma ist stark granuliert; die Granulationen sind mit sauren Farben leicht färbbar. Im Protoplasma sind ziemlich zahlreiche lipoide Granulationen. All diese Zellen lehnen sich aneinander an, ohne zystische oder tubuläre Anordnung, und sind nur durch die sehr zahlreichen Kapillaren getrennt. Man hat also ein Gewebe vor sich, das die Merkmale des Gewebes der großen Blutgefäßdrüsen mit allen Zeichen einer aktiven Tätigkeit bietet. Die Größe des Gefäßnetzes läßt annehmen, daß dieses Organ beim Neugeborenen noch im Zustand aktiver Funktion ist.

Es scheint daß dieses Organ gegen den fünften Monat des intrauterinen Lebens deutlich gebildet ist und gegen Ende des ersten Jahres durch Atrophie verschwindet; aber unsere Kenntnisse hierüber sind noch zu unvollständig, als daß schon irgendwelche Schlüsse gezogen werden könnten. H. Netter (Pforzheim).

J. H. Mason Knok, Diabetes in early infancy. (Diabetes in früher Kindheit.) (The Ictus Hopkins Hospital Bulletin, Vol. XXIV. Nr. 271, September 1913.) Diabetes mellitus, wahrscheinlich pankreatischen Ursprungs, bei einem 9monatigen Mädchen. Exit. drei Wochen nach dem Beginn der ersten Erscheinungen. Das bemerkenswerteste Symptom war das starke Sinken des Körpergewichts (2 Pfd. in 5 Tagen), während Durst und Hungergefühl nicht wesentlich vermehrt waren. Die Polyurie war nur mäßig. Der „Frucht"geruch der Atmungsluft veranlaßte eine Untersuchung des Urins, die einen Gehalt von 4—5 $^0/_0$ Glukose und ferner Azeton ergab. Bei wiederholten früheren Untersuchungen war der Urin zuckerfrei befunden worden. Bei der Autopsie fanden sich deutliche Veränderungen am Pankreas. Die Läppchen waren durch ziemlich breite, bindegewebige Septa getrennt. Im interstitiellen Gewebe fanden sich viele kleine, runde Zellen, die an manchen Stellen die Azini zu ersetzen schienen. Bindegewebe vermehrt. Langerhanssche Inseln nach Umfang und Zahl verringert. Auf einem Schnitt waren überhaupt keine sichtbar. Die Kapsel war verdickt und im Bindegewebe waren Trabekeln sichtbar. Anschließend wird eine tabellarische Zusammenstellung der bisher bekannt gewordenen Fälle von Diabetes mellitus in früher Kindheit gegeben (16 Fälle) und Klinik und Therapie der Krankheit besprochen. Von den 16 Fällen ist in 14 das Geschlecht angegeben. Von diesen waren 11 männlichen und 3 weiblichen Geschlechts. H. Netter (Pforzheim).

W. H. Battle und **B. C. Maybury,** Primäres Epitheliom der Mamilla bei 11jährigem Mädchen. (Primary epithelioma of the nipple in agirl aged eleven. (Lancet 1913, 31. Mai, Nr. 22.) Die von vornherein an der Brustwarze lokalisierten bösartigen Tumoren sind in jeder Lebensperiode selten und scheinen in dem Alter, welchem die Kranke der vorliegenden Mitteilung angehört, gänzlich unbekannt zu



sein. Selbst unter den älteren Frauen, bei denen, wie bekannt, der Brustkrebs gewöhnlich ist, kommt es selten vor, daß die Brustwarze anders als durch Ausdehnung des in der Brustdrüse lokalisierten Prozesses erkrankt. Während einer 30jährigen Periode, zwischen 1880 und 1909, wurden im St. Thomas-Hospital nur 2 Fälle von Krebs der Brustwarze beobachtet, der eine bei einer über 40jährigen, der andere bei einer 69jährigen Frau.

Die Kranke der Verff. war ein 11jähriges Mädchen, das wegen Schmerzen in der linken Brustwarze zur Aufnahme kam, die etwa $2^1/_2$ Monate zuvor begonnen hatten. Bald nach dem Auftreten dieser Schmerzen konstatierte man, daß die Brustwarze etwas größer als die der anderen Seite war. Man machte heiße Umschläge, man machte auch eine Inzision, ohne Eiter zu finden. Bei der Aufnahme hatte die Brustwarze den Umfang einer Haselnuß. Der Tumor setzte sich aus einer Hornschicht zusammen, die eine tiefe Partie bedeckte, die von weicherer Konsistenz war. Das subkutane Gewebe war nicht infiltriert und das Neoplasma an den darunterliegenden Schichten nicht adhärent. In der Achselhöhle keine geschwollenen Drüsen. Die mikroskopische Untersuchung des exstirpierten Tumors zeigte, daß es sich um einen Schuppenzellenkrebs handelte.

Nach sechs Wochen zeigte sich die Kranke von neuem im Hospital mit einer polypenartigen, weichen, schmerzlosen, in der Narbe entstandenen Auswuchs (fast an derselben Stelle, welche die Brustwarze einnahm; in der Achselhöhle eine geschwollene Drüse unter dem Pectoralis major gelegen. Die zweite Operation bestand in der Exstirpation des Auswuchses samt den Axillardrüsen und der Sternalportion des Pectoralis major. Seit der zweiten Operation sind fast drei Jahre verflossen, ohne daß bis dahin das geringste Rezidiv zu verzeichnen gewesen wäre. H. Netter (Pforzheim).

Fr. Batten, Familiar cerebral degeneration. (Quarterly Journ. of Medicine. July 1914.) Verf. beobachtete in einer aus 5 Kindern bestehenden Familie 3 mit zerebraler Degeneration. Die Hauptsymptome waren: Intelligenzabnahme, Sehstörung, Motilitätsstörungen. Im übrigen zeigten die Fälle ein abweichendes symptomatologisches Verhalten. In einem Falle fanden sich Veränderungen der Macula. Die Krankheit trat in frühester Jugend auf. Erbsyphilis war nicht zu konstatieren. Die Degeneration trat im Alter von $3^1/_2$ Jahren im Anschluß an epileptische Anfälle auf. Der anatomische Befund war stets der gleiche: degenerative Veränderungen der Ganglienzellen und leichte Atrophie.

Mit der Tay- und Sachsschen Form der familiären amaurotischen Idiotie hat das vorliegende Krankheitsbild nichts zu tun.
K. Boas.

G. Dujol, La méningite cérébro-spinale à pneumocoques du nouveau-né. (Progrès médical 1912 Nr. 48.) 2 Fälle von Pneumokokkenmeningitis beim Säugling. Solche Fälle bei Kindern unter 2 Monaten sind selten und um so seltener, je jünger die Kinder. Übertragung entweder durch die Placenta (wenn die Mutter an Pneumonie litt) oder durch die Milch oder durch die Luft (Eingangspforte: die

oberen Luftwege) oder durch direkte Ansteckung bei Pneumonie-Epidemie. Beginn meist plötzlich durch einen sehr starken Krampf mit Zyanose, Kontrakturen und Fieber. Es gibt ausgesprochene Fälle von Pneumokokkenmeningitis und Formes frustes. Bei letzteren Fällen ist von diagnostischer Wichtigkeit die Spannung der großen Fontanelle und der anfängliche Krampf, besonders aber das Resultat der Lumbalpunktion. Der Verlauf der Pneumokokkenmeningitis beim Neugeborenen ist ein äußerst rascher und führt fast regelmäßig zum Tode in 24 Stunden bis zu 5 Tagen. Der Tod erfolgt mitten in einem Krampfanfall oder im dauernden Coma. Therapie: Lumbalpunktion, welche die Krampfanfälle und den Schmerz mindert, ferner Eisblase auf Kopf, heiße Bäder, Kollargol oder Elektrargol.

Kurt Mendel.

Lyder Nicolaysen, Sommersterblichkeit unter Säuglingen in Christiania. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben 1914 Nr. 1.) Die statistischen Untersuchungen des Verfassers über die Sommersterblichkeit der Säuglinge in Christiania von 1886 bis 1911 bestätigten nicht die Theorie der Überhitzung. Die Lokalisation der Sommersterblichkeit konnte dagegen darauf deuten, daß es sich teilweise um eine Infektion handelt; die Theorie der bedeutenden Rolle der Fliegen wurde durch die Untersuchungen gestützt.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Kronecker, Come si puo curare oggi un eczema acuto?" (Riv. Ospedal. Giorn. 1914.) Der ungenannte Autor geht von dem Grundsatze aus, daß es sich bei dem Ekzem, wie bei jeder anderen Krankheit, um eine individuelle Reaktion handelt, bei deren Therapie vor allem die individuelle Konstitution des Pat. Berücksichtigung verdient. Die neue therapeutische Richtung erscheint allerdings nicht dazu angetan, die Behandlung des Ekzems zu vereinfachen. Sie setzt indessen an die Stelle des blinden und schablonenmäßigen Arbeitens ein rationelles, zielbewußtes Vorgehen. Wir haben nun folgende Punkte zu berücksichtigen: Bei dem Ekzem handelt es sich um eine epidermodermoide Reaktion der Haut, hervorgerufen durch eine exogene und endogene Intoxikation, deren besondere Charakteristik ein epidermodermoides Ödem bildet. Dieses Ödem stellt eine Waffe des Organismus im Kampfe gegen das schädliche Prinzip dar. Denn durch das Ödem wird die Haut brüchig und porös und sie gewinnt hierdurch die Fähigkeit, die Toxine auszuscheiden.

Für das Zustandekommen des endogenen oder „falschen Ekzems" ist nicht allein ein von außen wirkender Reiz, sondern auch eine spezifische Prädisposition der betreffenden Gewebe erforderlich. Nicht bei allen Individuen scheint die Haut gleich durchlässig bzw. widerstandsfähig zu sein. Bei dem einen ist die Cutis brüchig, die scharfe Materie dringt leicht hindurch und setzt einen Reiz. Das jetzt auftretende Ödem sezerniert eine heilkräftige Flüssigkeit, welche das Toxin auflöst. Bei dem endogenen Ekzem, dem „wahren Ekzem" hingegen handelt es sich um einen streng lokalen Reizzustand der Haut. Als das wirksame Prinzip ist hier die Intoxikation anzusehen. Es handelt sich beim endogenen Ekzem um eine autogene Toxidermie, welche Ernährungsstörungen auslöst und hierdurch wiederum zur Bildung neuer

Toxine Anlaß gibt. Bei manchen Menschen hat die intensive Abschuppung der Haut eine Erhöhung ihrer Durchlässigkeit zur Folge. Die Haut wird permeabel und läßt deshalb die Toxine passieren. Dieser Vorgang führt zu einer Dermatose, welche sich als eine „Epidemodermatitis“ charakterisiert. Bei der Therapie des Ekzems kommt es deshalb vor allem darauf an, daß die Toxine möglichst vollständig aus dem Körper eliminiert werden, und zwar auf folgenden Wegen: mittels Diurese durch die Nieren, mittels Purgantien durch den Darmkanal und durch Auswaschung der Blutgefäße mit physiologischer Kochsalzlösung aus dem Blute. Lokal wird während des ersten entzündlichen Stadiums des Ekzems eine antiphlogistische Kur einzuleiten sein, später bei schlaffen, torpiden Eruptionen leicht reizende Salben.

Indessen sind wir in Anbetracht dessen, daß es sich beim Ekzem um eine Abwehr des Organismus gegenüber einer Reihe von Schädlichkeiten handelt, denn überhaupt berechtigt, dasselbe auf therapeutischem Wege zu beseitigen? In manchen Fällen gewiß nicht; denn wir würden hierdurch der Autointoxikation Tür und Tor öffnen. Es könnte durch Unterdrückung eines derartigen Ekzems leicht zu schweren urämischen oder Hirnerscheinungen kommen. Bei derartigen Erkrankungen sollen wir vielmehr für gründliche Entgiftung des Organismus Sorge tragen und lokal nur eine milde, deckende Salbe applizieren. Namentlich haben wir das Ekzem während seines ersten entzündlichen Stadiums zu respektieren, um auf keinen Fall den vortrefflichen, von Mutter Natur eingesetzten Abwehrmaßregeln des Körpers entgegenzuarbeiten! Die Allgemeinbehandlung des Ekzems hat daher zur Aufgabe: 1. Die Zufuhr von Toxinen zu verhüten durch ein Verbot des Genusses von Kaffee, Tee, Fischen, Krebsen und Hummern, Kaviar, Bouillon, scharfen Käses, saurer Früchte und von Erdbeeren. 2. Die Behandlung der vorhandenen Verdauungsstörungen. 3. Durch Eliminierung der Toxine durch den Darmkanal mit Hilfe leichter Abführmittel, sowie durch die Nieren mittels milder Diuretica. 4. Durch Bekämpfung der Reizzustände der Haut und ihrer Neigung zu entzündlichen Affektionen. Die interne Kur des akuten Ekzems beruht daher in erster Linie auf der Verwendung von Arsenpräparaten sowie der alten bewährten vegetabilischen Abführmittel, welche zugleich eine etwaige ererbte oder erworbene Disposition zu ekzematösen Erkrankungen, als da sind Lues und Gicht u. a., zu beseitigen imstande sind.

Kronecker.

III. Aus Vereinen und Versammlungen.

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Gemeinsame Tagung mit den südwestdeutschen Kinderärzten auf deren 22. Versammlung in Stuttgart, 5.—7. Juni 1914.

(Nach d. M. m. W.)

Benjamin: **Weitere Untersuchungen zum Eiweißnährschaden des Säuglings.** Fortführung der über denselben Gegenstand in der Zschr. f. Kindhlk. 10, H. 2—4 mitgeteilten Untersuchungen. — Die großen Kaseinklumpen Talbots bedeuten nur eine unter dem Einfluß der Rohmilchernährung auftretende Form der Ausscheidung von Nahrungseiweiß. Es ergab sich bei einem neuen Stoffwechsel-

versuch, daß der prozentische N-Gehalt des Stuhles annähernd gleich blieb, wenn von der abgekochten zur rohen Milch übergegangen wurde, und wenn damit die Entleerung der Klumpen einsetzte. — Die beim kranken Säugling beobachteten großen N-Retentionen beruhen nicht auf der Unfähigkeit der Niere, Schlacken des Eiweißstoffwechsels zu eliminieren. Funktionsprüfungen mit Harnstoff ergaben ein dem gesunden Erwachsenen entsprechendes Verhalten. — Überernährung mit Eiweiß führte bei jungen Hunden zu einer durch die Gesamtanalyse der Tiere feststellbaren, wenn auch nur geringgradigen Verschiebung der chemischen Körperzusammensetzung im Sinne einer Wasseranreicherung. — Es gibt beim Säugling ein durch größere Gaben von Plasmon auslösbares Eiweißfieber.

Siegfried Wolff-Wiesbaden: a) **Luftschlucken als Todesursache.**

Es handelte sich um einem 3 Monate alten Säugling.

b) **Zur Behandlung des Sklerems der Neugeborenen.**

Es wird eine Überhitzung der Kinder auf 40—42° (bei genauester Beobachtung und häufiger Messung, um eine länger dauernde Hitzeschädigung zu vermeiden) empfohlen. Über Heilung in 3 Fällen wird berichtet.

Husler: **Beitrag zur Kenntnis der intermediären Krampfanfälle.**

Unter „intermediären Anfällen" verstehen wir nach Oppenheim jene funktionellen Krampfformen, die weder genau dem Typus der Epilepsie noch dem der Hysterie entsprechen. Wegen der Eigenart des kindlichen Organismus, pathogene Reize bei gegebener endogener Determinierung mit Krämpfen, Bewußtseinsverlust usw. zu beantworten, müssen wir den Begriff der „intermediären Anfälle" sehr breit fassen. In diese Sammelgruppe rechnen wir ein Syndrom, das charakterisiert ist durch die Kombination des lordotischen Symptomenkomplexes mit Krampfzuständen verschiedener Art. Wie aus einer Anzahl Krankengeschichten sich erweisen läßt, ist diese Kombination nicht eine zufällige Koinzidenz, sondern beruht auf innerem Zusammenhang der Erscheinungen. Epilepsie läßt sich ausschließen durch das Fehlen jeglicher degenerativer Stigmata, hereditärer Belastung und geistiger Defekte; für Hysterie bestehen keinerlei seelische oder körperliche Anhaltspunkte. Betroffen sind meist Knaben im Schul- oder Pubertätsalter. Hereditäre Belastung und Neuropathie fehlen fast immer. Stets sind es vasomotorisch labile Individuen, die zu Krämpfen und Bewußtseinsverlust neigen. Die Krämpfe selten: etwa alle paar Wochen bis Monate, setzen nach stehender Beschäftigung ein, aber auch ohne ersichtliche Ursache, ab und zu auch auf psychischen Anlaß. Therapeutisch unbeeinflußbar weder durch Brom noch Arsen. Prognose anscheinend günstig.

Börger: **Über 2 Fälle von Arachnodaktylie.** Vgl. die Sitzungen der Gesellschaft vom 28. Nov. 1913. 27. Febr. und 24. April 1914. Zusammenfassende Übersicht über das Krankheitsbild mit zahlreichen Demonstrationen. Es handelt sich bei der Arachnodaktylie um einen angeborenen und partiellen Riesenwuchs, der durch eine mangelhafte Anlage und vielleicht frühzeitige Erschöpfung des Gesamtorganismus, speziell der Blutdrüsen und event. des Knochenmarks, bedingt ist.

Rohmer-Marburg: **Zur Kenntnis des Asthma cardiale beim Kinde.** Bericht über einen Fall (6jähr. Kind; Mitralinsuffizienz, Cor bovinum). Auftreten des Asthmas 3 Tage vor dem Tod. Eigenartiger Sektionsbefund in einem Herd der rechten Lunge (Verdichtung, entstanden durch hyaline, die Wände der Alveolargänge auskleidende Massen).

Gött: **Zur Klinik der postdiphtherischen Lähmung.** 4 Fälle von postdiphtherischer Polyneuritis zeigten neben mehr oder weniger schweren paretischen, paralytischen und ataktischen Erscheinungen ein äußerst lebhaftes Fazialisphänomen sowie sehr gesteigerte Bauchdecken- und vor allem Kremasterreflexe, derart, daß bei Reizung der reflexogenen Zone des Kremasterreflexes eine intensive Bauchdeckenkontraktion eintrat. Diese Erhöhung der reflektorischen, vielleicht auch der mechanischen Erregbarkeit bestimmter Nerven ist wahrscheinlich parallel zu setzen der bei leichteren Fällen postdiphtherischer Neuritis bereits beobachteten, der Areflexie vorausgehenden Steigerung der Patellarreflexe, und aufzufassen als Manifestation einer zunächst noch im Sinne eines Reizes wirkenden Beeinflussung bestimmter Nervengebiete durch das Diphtheriegift. Wie überraschend häufig diese Diphtheriegiftwirkung aber ist, ergibt sich aus der Tatsache, daß in einem großen Pro-



zentsatz von Fällen ganz glatter Diphtherierekonvaleszenz die nämlichen Reflexsteigerungen, auch das Fazialisphänomen, für kürzere oder längere Zeit zur Ausbildung gelangen.

v. Mettenheimer-Götzky-Frankfurt a. M.: **Lues und Schwachsinn.** Bei der Untersuchung von 275 Kindern einer Hilfsschule in Frankfurt wurden 10% der Kinder als kongenital luetisch krank befunden. Um diesen Kindern eine notwendige Behandlung zuteil werden zu lassen, wurden der Schulbehörde folgende Vorschläge unterbreitet:

1. Bei der Untersuchung aller Volksschulen ist mehr, wie bisher, von den Schulärzten auf erbsyphilitische Merkmale zu achten, da es darauf ankommt, die Krankheit so früh wie möglich zu erkennen und zu behandeln. Vor allem sind die anamnestischen Daten der Familien möglichst darauf hin zu prüfen, ob Anhaltspunkte für Lues vorliegen. (Polymortalität, Aborte, spezifische Erkrankungen des Nervensystems.)

2. Ganz besonders ist bei der Aufnahme der Kinder in die Hilfsschulen auf Merkmale luetischer Erkrankung von seiten des Hilfsschularztes zu fahnden, event. unter Zuziehung eines Spezialarztes. Wünschenswert wäre die Vornahme der Wassermannreaktion bei allen aufzunehmenden Hilfsschülern (unter Mithilfe einer Schulschwester oder einer ähnlichen geeigneten Vertrauensperson).

3. Der Hilfsschularzt muß das Recht und die Pflicht haben, in geeigneter, taktvoller Weise mit den Vätern der als luetisch erkannten Kinder zu sprechen, eine spezifische Behandlung anzuraten und sich die Durchführung einer zweckentsprechenden Kur von seiten eines Arztes bescheinigen zu lassen.

Läßt sich das nicht durchsetzen, so hat eine zwangsweise Behandlung dieser kranken Kinder einzutreten. Die Berechtigung hierzu ist herzuleiten aus § 1666 des BGB., dessen wesentliche Voraussetzung ist:

1. die vorliegende Gefährdung des Kindes,
2. das Verschulden des Vaters.

Die Kosten der Behandlung muß das Armenamt übernehmen, ohne daß der Vater dadurch seine bürgerlichen Rechte einbüßt. Die Kinder sind als „skrofulös" den Spitälern zu überweisen. Dabei ist möglichst zu vermeiden, daß Laien Kenntnis von dem Leiden der betreffenden Kinder erhalten.

Lust-Heidelberg: **Erfahrungen mit dem Friedmannschen Tuberkulosemittel.** Vortr. kommt sowohl auf Grund klinischer Erfahrungen als theoretischer Überlegungen zu dem Resultat, daß dem Friedmannschen Tuberkulosemittel keinerlei prophylaktische oder therapeutische Bedeutung zuzuerkennen ist. Die zuweilen beobachteten Besserungen im Anschluß an die Injektionen waren nicht derartige, daß notwendigerweise ein Kausalzusammenhang angenommen werden mußte, zumal die Fälle mit völlig unverändertem lokalen Befund in der Überzahl waren und nicht selten eine frische Aussaat tuberkulöser Produkte bald nach der Injektion beobachtet wurde, die einmal sogar zu einer tuberkulösen Meningitis führte. Der Vortr. bezweifelt, daß den Friedmannschen Bazillen überhaupt ein spezifischer Einfluß zuzuschreiben ist, da Pirquetisierungen mit einem Schildkrötenbazillentuberkulin auch bei vorbehandelten Kindern stets negativ ausfielen. Daraus ist aber der Schluß zu ziehen, daß die Friedmannschen Bazillen gar keine Antigeneigenschaften im menschlichen Organismus entfalten, mithin auch zu einer Anreicherung von Tuberkuloseantikörpern gar nicht den Anstoß geben können. Sie sind wohl nichts anderes als säurefeste Stäbchen, die dem Menschen gegenüber nur Saprophyteneigenschaften besitzen, wie sie auch früher schon aus Kaltblütertuberkulosen gezüchtet wurden.

Siegert-Köln: **Zur Diagnose der latenten Thymushyperplasie.** S. bekämpft mit Schärfe die besonders auch von Finkelstein vertretene Lehre, daß es keinen „Thymustod" gebe, daß es sich vielmehr bei den so plötzlich gestorbenen Kindern um schwer im intermediären Stoffwechsel durch Ernährungsstörungen geschädigte handle, die im kritischen Moment der Überflutung des kranken Stoffwechsels mit Abbauprodukten der Nahrung erliegen. Er führt eigene Fälle an, die einen „Thymustod" gestorben sind (ein bis zwei Tage vor dem Exitus blühendes Brustkind, dessen gleichfalls blühende Schwester ca. 7 Jahre vorher dem Thumustod erlag, und eine zweite ganz ähnliche Beobachtung). Vollständiger Status thymicolymphaticus (Paltauf-Escherich) findet sich in den ersten 3—4 Monaten nie,

kommt aber schon im 5.—6. Monat vor. Hinweise auf die Thymushyperplasie sind: Thymustod, der sich früher in der engeren oder weiteren Familie ereignet hat, Dysphagie, Stridor, Labilität der Herzleistung, Neigung zu übermäßiger Gewichtszunahme trotz knappster Ernährung und zur Obstipation bei zweckmäßiger Nahrung, extremer Dermographismus und übergroße Erregbarkeit — aber nicht Spasmophilie. Den Beweis für die Thymushyperplasie erbringen Perkussion und Radioskopie einwandfrei (meist beiderseits, besonders nach links das Sternum weit überschreitende Dämpfung, in Inspiration und Exspiration über den Herzschatten auf- und absteigend). Die Hyperplasie ist durch Röntgentherapie ohne Schaden für das Kind weitgehend zu beeinflussen. — Die demonstrierten Photogramme und Radiogramme entsprechen nur Fällen von latenter Thymushyperplasie. — S. weist mit Nachdruck auf die diagnostische Wichtigkeit beider und die Förderung der Frage der latenten Thymushypertrophie durch recht zahlreiche solche Abbildungen hin.

Moro-Heidelberg: **Über Lebertrantherapie.** Mitteilungen über neue Versuche von Freudenberg und Klocmann betreffend ihre Theorie der Lebertranwirkung.

Pfaundler: **Über Körpermaße von Schulkindern.** Der Vortr. hat, unterstützt durch einige Mitarbeiter, Erhebungen über Körperlänge und Körpergewicht von Münchener Schulkindern angestellt und die gewonnenen Daten nach den Prinzipien der Kollektivmaßlehre bearbeitet. Er legt die wichtigsten Ergebnisse dieser Studien vor und verweist Interessenten auf die aus seiner Klinik und im Verlage von Rudolf Müller und Steinicke in München, Lindwurmstraße, erschienenen Dissertationen der Herren Riedel, Skibinsky, Dikanski, Matusiewicz und Chose.

Diesen Vorträgen folgten am nächsten Tage (7. Juni) Führungen und Demonstrationen innerhalb der Hygieneausstellung.

Nach einem Führungsvortrag durch die volkstümliche Abteilung „Kind“ demonstrierte Herr Camerer-Stuttgart im Lichtspielhaus der Ausstellung zunächst einige statistische Tafeln und Tabellen, die sich auf die verschiedenen Ursachen der Säuglingssterblichkeit, die Stilldauer, die Gründe des Abstillens in einem Industrie- und landwirtschaftlichen Bezirk beziehen, ferner Tabellen über den Stoff- und Kraftwechsel beim Kind, sowie Lichtbilder von Stuhlentleerungen und Magenaufnahmen. Es folgten hierauf kinematographische Vorführungen eines Falles von Pylorospasmus sowie eines Falles von extremen inspiratorischen Einziehungen bei einem halbjährigen, schwer rachitischen Kind mit Rippenfrakturen. Sodann wurden Bilderstreifen eines Kindes mit kongenitaler Hüftgelenksluxation sowie eines Falles von Chorea (aus dem Olga-Kinderspital, Dr. Fischer und Prof. Müller) gezeigt, und endlich die ersten Kriech- und Gehversuche bei mehreren Kindern vorgeführt. Hieran schloß sich ein Führungsvortrag von Herrn Camerer durch die wissenschaftliche Abteilung „Säugling und Vorschulalter“, von Herrn Gastpar durch die Abteilung „Schulgesundheitspflege“ und von Frau Dr. Ingelfinger durch die Abteilung „Ernährung“.

Im Lichtspielhaus demonstrierte schließlich noch Herr Sippel-Stuttgart: **Röntgendiapositive aus dem Gebiet der Orthopädie**: a) angeborene Mißbildungen der Wirbelsäule in größerer Anzahl; b) 3 Fälle von angeborener versteckter Wirbelspalte, Spina bifida occulta. Besonders häufig ergibt sich im Röntgenbild Klaffen der Bogenteile des 5. Lendenwirbels. Neben der knöchernen Mißbildung handelt es sich um eine Mißbildung bzw. Entwicklungshemmung des untersten Rückenmarksabschnittes, um eine kongenitale Dysplasie desselben, mit wohl charakterisiertem Krankheitsbild. In allen 3 Fällen entwickelte sich langsam fortschreitend zwischen dem 5. und 12. Lebensjahr eine spastisch-atrophische Lähmung der Beine, die zur Ausbildung eines Klauenhohlfußes führte und mit umschriebenen Sensibilitätsstörungen und Blasenschwäche einherging. Der späte Beginn und die chronische Progredienz sind auf das physiologische Aufsteigen der Medulla im Rückenmarkskanal, mit Zerrung der bereits ausgebildeten Nervenelemente während des allgemeinen Körperwachstums zurückzuführen. In Fällen, in denen eine Leitungsunterbrechung durch Strangbildung bzw. eine manifeste Drucklähmung vorlag, ist schon eine kausale Therapie versucht und die operative Lösung von Strängen ausgeführt worden.

Aus anderen Vereinen und Versammlungen.

Blumenthal: **Therapie schlecht heilender Mastoidwunden im Kindesalter.** Bei Kindern will die retroaurikuläre Wunde nach Warzenfortsatzoperationen mitunter nicht heilen; es hinterbleibt eine mit der Paukenhöhle kommunizierende Fistel, die unter Umständen eine sekundäre Plastik erfordert. Die schlechte Wundheilung ist gekennzeichnet durch Ekzem der Wundränder, mangelhafte Granulationsbildung, wäßrige Sekretion aus der Paukenhöhle und geringe Tendenz der Hautränder, sich zu vereinigen. Da solche Kinder nicht selten an exsudativer Diathese leiden, so empfiehlt sich eine spezifische (antiexsudative) Therapie, die oft schon in kurzer Zeit umstimmend wirkt. Auch prophylaktisch sollte bei Otitis media acuta in Fällen von exsudativer Diathese dem Zutreten von Komplikationen vorgebeugt werden. Bei pyämischen Temperaturen, die sich bisweilen bei leichten Formen von Otitis media finden, sollte man gleichfalls an exsudative Diathese denken.

Diskussion. Grossmann bestreitet die Bedeutung der exsudativen Diathese und weist darauf hin, daß die Antrumwunden so gut wie immer ausheilen. — Halle weist der antiexsudativen Diät keinen Einfluß auf das Verschwinden von adenoiden Vegetationen zu; die lymphatische Diathese ist kein Grund, die Adenotomie aufzuschieben. — Peyser empfiehlt bei protrahierter Wundheilung roborierende Diät, wenn möglich in einer Walderholungsstätte. — H. J. Wolff sieht die Ursache der schlechten Heilung in mangelhafter Knochenregeneration. — Blumenthal (Schlußwort): Es handele sich allerdings um seltene Vorkommnisse, hier verdiene aber sein Vorschlag Beachtung.

Katzenstein und Haenlein: **Atmungsuntersuchungen an Taubstummen.**

a) Katzenstein: Die Untersuchungen wurden im Anschluß an eine Arbeit von Schär (Vox 1913 H. 2 u. 3) angestellt, in der Verf. den Schluß zog, daß durch den Lautsprachunterricht nicht in günstigem Sinne auf die Atmung taubstummer Schüler eingewirkt werde. Die Kontrolluntersuchungen wurden an den Zöglingen der Berliner Kgl. Taubstummenanstalt und an normalhörigen Kindern der Universitätspoliklinik mittels eines Spirometers vorgenommen. Die Vitalkapazität war danach bei taubstummen Knaben und Mädchen durchschnittlich schlechter als bei Vollsinnigen. Es war aber nicht festzustellen, daß mit aufsteigendem Schulalter die Vitalkapazität im Vergleich zu der der Vollsinnigen abnahm; vielmehr war der Ausfall bei den Taubstummen ein ganz unregelmäßiger. Die durch Schärs Veröffentlichung unter den Taubstummenlehrern geweckte Beunruhigung ist somit ungerechtfertigt. — b) Haenlein bespricht die Beeinflussung der Untersuchungsergebnisse durch die städtische oder ländliche Herkunft der Kinder sowie im Hinblick darauf, ob angeborene oder erworbene Taubstummheit vorliegt, und fordert atemgymnastische — von fachkundiger Seite geleitete Übungen an Taubstummenanstalten. (B. otol. Gesellsch. 23. I. 1914).

Blühdorn: **Über bazilläre Ruhr im Säuglings- und Kindesalter.** Vortr. berichtet über 24 Fälle bazillärer Ruhr, welche durch die von Kruse sogenannten Pseudo-Dysenteriebazillen (Typus Flexner und Typus y) hervorgerufen waren. Die Fälle sind im Sommer 1912 und 1913 beobachtet. Im letzten Jahre kam es zu einer kleinen Endemie in der Klinik. Während diese einen leichten Verlauf nahm, und nur eine etwas schwächliche Frühgeburt zum Exitus kam, verliefen die sporadischen Fälle, die das Säuglingsalter betrafen, weit schwerer; vier von fünf Säuglingen im ersten Lebensjahr gingen unter seinem Krankheitsbilde zugrunde, das klinisch durchaus dem der alimentären Intoxikation ähnelt. Im späteren Kindesalter tritt die Krankheit entweder nur in leichter Form auf oder geht nach einem plötzlichen bedrohlichen Beginn mit hohem Fieber, Erbrechen, Krämpfen ziemlich rasch in Heilung über. In therapeutischer Beziehung wird es sich in allen infizierten Fällen empfehlen, durch Darm- und eventuell auch Magenspülung auf eine Entgiftung hinzuwirken, und sodann nach einer Teediät mit kleinen Nahrungsmengen zu beginnen; in den nicht intoxizierten Fällen hat sich die übliche Molketherapie gut bewährt. Die Prognose der Erkrankung im Säuglingsalter wird in hervorragendem Maße davon abhängen, wie weit das betreffende Individuum ex constitutione, ex infectione oder ex alimentatione geschädigt ist; doch muß betont werden, daß auch Brustkinder der schweren Form der Erkrankung erliegen können. In epidemiologischer Beziehung erscheint wichtig, daß die Ruhrbazillen viel weiter verbreitet sind, als man bis vor kurzem annahm, und als Erreger von Darmkatarrhen im Säug-

lings- und Kindesalter öfter in Frage kommen; dafür sprechen außer den eigenen Erfahrungen die in letzter Zeit aus den verschiedensten Gegenden mitgeteilten kleineren Epidemien. Man wird daher in Zukunft mehr als dies bisher geschehen ist, insbesondere bei jedem toxischen Darmkatarrh eine bakteriologische Untersuchung vornehmen müssen. Dabei muß erwähnt werden, daß als Erreger neben Ruhrbazillen auch andere Bazillen in Frage kommen können, wie ein früher vom Vortragenden mitgeteilter Fall einer schweren Paratyphusinfektion bei einem jungen Brustkinde lehrt.

Diskussion. Göppert: Die von Blühdorn beobachtete Epidemie unterscheidet sich von der vier- bis fünfmal so großen des Jahres 1911 durch das Vorwiegen der Vergiftungserscheinungen und relativ geringe Stuhlerscheinungen, während letztere im Jahre 1911 und bei den Epidemien im Oberschlesischen Industriebezirk im Vordergrund standen. So mag sich die Verschiedenheit der Bakterienstämme in der Verschiedenheit der Epidemien widerspiegeln. Gemeinschaftliches Charakteristikum bleibt jedoch das vorzugsweise Befallensein der Säuglinge. Ältere Kinder und namentlich Erwachsene erkranken fast nur, wenn sie mit kranken Säuglingen in Berührung gekommen sind. Die hochgradige Übertragbarkeit der Krankheit ist in Familie und Klinik bei jeder Epidemie nachzuweisen. Eine sehr ausgedehnte Epidemie in Oberschlesien 1900 trat fast ausschließlich bei Kindern auf, die aus einem Kuhstall — die beste Milchquelle der Stadt — die Milch bekamen. (Die Angehörigen mußten beim Abholen der Milch den Stall betreten.) Die Frage, ob eine derartige Infektionskrankheit alimentär zu behandeln ist, läßt sich dahin beantworten, daß ein zuviel, ebenso aber ein protrahierter Hunger (auch Kindermehldiät) die Krankheit wesentlich verschlimmert. Dieselben Gesichtspunkte wie für die nicht infektiösen Darmkatarrhe müssen also Geltung haben. Bei Intoxikationserscheinungen ist aber daher das feststehende Schema der Finkelsteinschen Intoxikationsbehandlung zu empfehlen. Bei allen übrigen Fällen ist nach der Teediät das Nahrungsgemisch so zu wählen, daß man mit dem Notwendigsten anfängt und langsam das Mögliche zulegt, aber Milch muß in dem Gemisch vorhanden sein. Die in den verschiedensten Epidemien von uns erprobte Molkendiät erfüllt unter anderen diese Bedingungen. Die Warnung vor protrahiertem absoluten oder qualitativen Hunger gilt auch für die schweren Ruhrformen älterer Kinder. Ich habe Fälle nach derartigem Hunger in der 4.—6. Woche an reichlich blutiger Ausscheidung aus dem Mastdarm und hohem Fieber leiden sehen. Hier ist reichliche Nahrung unter Zuhilfenahme von Eiweißpräparaten, frisch ausgepreßtem Fleischsaft, auch etwas Obstsaft am Platze, und diese Therapie war auch in den genannten Fällen wirksam. — Fries: Sind bei den behandelten Kindern Rezidive beobachtet? In Irrenanstalten, in welchen nicht selten kleinere und größere Endemien von sogenannter Para-Ruhr aufgetreten sind — er selbst hatte in der Anstalt Nietleben wiederholt mit solchen zu tun, und zwar handelte es sich dabei teils um den Typus Flexner, teils um den Typus y — hat man außerordentlich hartnäckige Fälle gesehen, bei welchen immer wieder von Zeit zu Zeit Bazillenausscheidung unter erneuten, wenn auch oft leichten Krankheitserscheinungen erfolgt ist.

(M. Gesellsch., Göttingen, 19. II. 1914.)

O. Wiedersheim: **Über eine kleine Epidemie Koch-Weeksscher Conjunctivitis in Freiburg.** Die Koch-Weekssche Conjunctivitis ist bisher in Freiburg nur in Einzelfällen beobachtet worden. In den letzten zwei Monaten des vergangenen Jahres trat sie zum erstenmal in gehäuften Fällen auf. Der primäre Herd war in einer Kinderschule. Wie die Infektion dahin kam, ist nicht sichergestellt. Vor einigen Jahren wurde sie in einer Krippe beobachtet und war dahin jedenfalls durch ein Kind von Frankreich aus eingeschleppt worden. Möglicherweise hat sich der Bazillus seither latent in Freiburg erhalten und exazerbierte nun in einer kleinen Epidemie. Die klinischen Erscheinungen waren typisch. Erwachsene zeigten stärkere Reizerscheinungen als Kinder. Kulturell ergaben sich die üblichen Schwierigkeiten. Auf Aszitesagar gingen die Kolonien mehrfach an, auch auf Blutpeptonagar (Menschenblut); es war jedoch nicht möglich, mehrere Generationen zu züchten. Vergesellschaftet waren die Bazillen mit Xerose, Staphylokokken und Diplobazillen. (Freiburger med. Gesellsch. 3. II. 1914.)

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

20. Jahrgang. **März 1915.** Nr. 3.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Walter Usener, Über die Verteilungs- und Ausscheidungsverhältnisse des Urotropins im menschlichen Körper und deren Verwendung zur Differentialdiagnose des Hydrozephalus (nach Ibrahim). (Zschr. f. Kindhlk. 8. **1913.** S. 111—155.)
Ibrahim erwartete, daß sich das Urotropin beim akuten wachsenden Hydrozephalus über eine gewisse beim gesunden Kind festzustellende Normalzeit hinaus chemisch im Lumbalpunktat nachweisen ließe, bei den chronisch abgelaufenen nicht. Ibrahim machte diese Annahme auf Grund der Überlegung, daß die Entstehung des Hydrozephalus auf ein Mißverhältnis zwischen Sekretion und Resorption zurückzuführen sei. Beim akuten Hydrozephalus ist eine Verzögerung der Resorption zu erwarten, die beim chronischen fehlte. Untersuchungen an 17 gesunden und 6 an Hydrozephalus erkrankten Kindern ergaben bestätigende Resultate. Verf. verfolgte neben dieser Frage überhaupt die Sekretions- und Resorptionsbedingungen für das Urotropin in allen erreichbaren flüssigen Medien des Körpers am gesunden und kranken Kind. Seine Resultate sind folgende:

I. Übergang in den Urin.

Die Konzentration im Urin steigt mit der Höhe der Urotropindosis. Bei gleicher Dosis nimmt die Urotropinkonzentration mit zunehmendem Alter langsam ab. Der Ablauf der Urotropinausscheidung ist um so früher erreicht, je kleiner die Dosis ist.

II. Übergang in den Liquor cerebrospinalis.

Hier gelten ähnliche Gesetze wie für den Urin.

III. Übergang in die Frauenmilch.

Das Verhältnis zwischen der Konzentration im Urin zu der in der Milch ist wie 4 : 1 bis 3 : 1. Es scheint also wenigstens gleich anfangs in die gesamte erste Brustmilchmenge relativ mehr Urotropin überzugehen wie in den Urin.

IV. Übergang in das Blutserum (Ammen), Pleurapunktat und Hydrozelenflüssigkeit.

Das Verhältnis der Konzentration im Blutserum zu der im Urin ist etwa 2 : 1. Bei einem Kinde mit schwerer Pneumonie konnte im Exsudat noch Urotropin — dieses in erheblicher Konzentration — nachgewiesen werden; ebenso gelang der Nachweis in 2 Fällen von Hydrozele in deren Flüssigkeit.

V. Verhalten des Urotropins im Liquor unter pathologischen Verhältnissen.

a) Für die Sekretion: Bei Meningitis serosa und Hydrozephalus finden sich normale Konzentrationen des Urotropins. Bei Meningitis tuberculosa ist eine deutliche, zum Teil erhebliche Verminderung des Überganges des Urotropins vorhanden.

b) Für die Resorption: Eine Störung der Resorption liegt mehr oder weniger in allen Fällen und allen Erkrankungsformen vor. Bei Hydrozephalus und Meningitis serosa besteht sie anfangs regelmäßig unter akuten Erscheinungen und Exazerbationen; sie klingt aber sehr bald ab, scheint also reparabel. Bei Meningitis besteht eine erhebliche Störung der Resorption, die in einem Fall bis zur Aufhebung der Resorption fortschritt. Schick.

S. Samelson, Über die Dungernsche Syphilisreaktion bei Lues congenita. (Zschr. f. Kindhlk. 8. 1913. S. 155—160.) Empfehlung der Reaktion für die Praxis. Unter 20 Fällen von sicherer Lues oder Luesverdacht war die Probe jedesmal in Übereinstimmung mit dem Original-Wassermann und den klinischen Erscheinungen positiv. In den übrigen 10 luesverdächtigen Fällen waren beide Reaktionen negativ. Bei 4 gesunden oder nicht luesverdächtigen Kindern war die Reaktion negativ. Nur in einem Fall bestand eine Differenz der beiden Reaktionen, der Verlauf zeigte, daß die Dungernsche Probe das richtige Resultat gegeben hatte.

Die Methode ist billig und schnell auszuführen. Schick.

Erich Aschenheim, Rumination und Pylorospasmus. (Zschr. f. Kindhlk. 8. 1913. S. 161—166.) 2 Fälle von Rumination mit pylorospastischen Erscheinungen kombiniert. Bei dem einen Kinde traten die Symptome im Anschluß an eine Ablaktationsdyspepsie in ziemlich frühem Alter auf — wenn auch zu spät für einen typischen Pylorospasmus, im zweiten Fall erst im 7. Monate scheinbar ganz akut im Anschluß an eine parenterale Infektion. Aschenheim weist darauf hin, daß diese Fälle sich auf Grund pathologischer Bedingungsreflexe entwickeln dürften (Speikinder). Warum nur wenige Speikinder zu Ruminanten sich entwickeln, ist mit der Annahme einer neuropathischen Disposition zu erklären. Schick.

Iwan Rosenstern, Über bemerkenswerte Abweichungen in der zeitlichen Folge der spasmophilen Erscheinungen. (Zschr. f. Kindhlk. 8. 1913. S. 167—170.) Der gewöhnliche zeitliche Verlaufstypus der spasmophilen Symptome ist folgender: 1. Erbsches Phänomen, 2. mechanische Übererregbarkeit, 3. manifeste Erscheinungen. In umgekehrter Reihenfolge ihres Erscheinens verschwinden die Symptome der Erkrankung bei der therapeutischen Beeinflussung wie bei der Spontanheilung. Verf. berichtet über 3 Fälle, die diesbezügliche Abweichungen von dem Normaltypus aufweisen. Den Fällen ist gemeinsam, daß zuerst allgemeine Krämpfe und dann erst das Erbsche Phänomen auftrat. Das führte anfänglich zur Fehldiagnose organische Gehirnerkrankung oder Epilepsie. Es kann also auch bei Fehlen des

Erbschen Phänomens (elektrische Übererregbarkeit) die Möglichkeit einer spasmophilen Diathese als Grundlage der Krämpfe nicht ausgeschlossen werden. Schick.

Iwan Rosenstern, Debilitas congenita und spasmophile Diathese. (Zschr. f. Kindhlk. 8. 1913. S. 171—177.) Untersuchung von 78 debilen Säuglingen. 38 Fälle wurden 24 Wochen und länger beobachtet, und die Kathodenöffnungszuckung am N. medianus geprüft. 76% dieser Debilen zeigten Spasmophilie. Die Spasmophilie beginnt bei denselben relativ früh, und auch unter den natürlich genährten erkrankte die Mehrzahl. Schick.

Heinrich Davidsohn, Molke und Magendarmfermente. (Zschr. f. Kindhlk. 8. 1913. S. 178—186.) Verf. berichtet über Versuche, die angestellt wurden, um zu prüfen, ob sich vielleicht ein unterschiedliches Verhalten der Magen- (und Darm-)fermente in den verschiedenen Molkenarten erkennen ließe. Es ergab sich, daß speziell die Magenverdauung unter der Frauenmilchmolke anders und günstiger abläuft als unter dem der Kuhmilchmolke. Gegen die Ergebnisse der Untersuchung der Darmfermente erhebt Verf. selbst Einwände und hat von einem weiteren Studium der Darmfermente unter dem Einflusse der Molkensalze Abstand genommen. Schick.

H. Scheible, Über die Ernährungsstörungen der Säuglinge. (Aus dem Kinderkrankenhaus in Bremen.) (D. m. W. 1914 Nr. 22.) Verf. teilt die Ernährungsstörungen wie folgt ein:

A. Bei normal veranlagten Kindern:

I. ex alimentatione:

1. Einfache Überfütterung mit den Folgen: Bilanzstörung, Dyspepsie, Intoxikation, Pädatrophie (Dekomposition); 2. einfache Unterernährung mit der Folge: Inanition; 3. durch zu lange fortgesetzte einseitige Ernährung, a) mit Milch: Milchnährschaden, b) mit Mehl: Mehlnährschaden.

II. ex infectione:

1. Enterale Infektion: Infektion des Magendarmkanals; 2. parenterale Infektion: Infektion des Körpers von einer anderen Stelle als dem Magendarmkanal aus, a) bei erhaltener Trinklust relative Überfütterung mit den sub I, 1 angeführten Symptomen, b) bei herabgesetzter Trinklust Inanition.

III. Durch Hitze:

1. Direkte Wirkung. Allgemeinschädigung des Organismus: Hitzschlag; 2. indirekte Wirkung. Herabsetzung der Verdauungskraft: relative Überfütterung.

B. Bei abnorm veranlagten Kindern durch Fehler:

I. In der Konstitution:

1. Exsudative Diathese; 2. Rachitis; 3. Anämie; 4. Neuro-Psychopathie mit angeborener Toleranzschwäche gegen jede Nahrung; 5. Hydropische Konstitution.

II. Im Bau des Körpers:

1. Durch Mißbildungen einzelner Organe; 2. durch Entwicklungsstörungen im ganzen Organismus: Hypotrophie und Gigantismus.

Jeder Fall aus der Praxis läßt sich auf die angeführten einfachen ätiologischen Momente zurückführen. Das soll aber nicht heißen, daß jedem Falle nur eine dieser Krankheitsursachen zugrunde liegt. In der Mehrzahl der Fälle wirken zwei oder mehrere ätiologische Momente

zusammen. Wir begegnen z. B. Dyspepsie durch einfache Überfütterung eines Kindes mit exsudativer Diathese und Neuropathie; oder im Hochsommer: schwere Ernährungsstörung (Dekomposition) infolge parenteraler Infektion bei einem nebenbei durch Hitze geschädigten Rachitiker. Es ist unerläßlich, in jedem Falle eine solche Analyse vorzunehmen, damit man klar vor Augen hat, was bei der Behandlung alles zu berücksichtigen ist. Dabei ist es notwendig, alle ätiologischen Momente auf ihre Bedeutung genau zu prüfen, damit man im gegebenen Augenblick zuerst die bösartigere Ursache beseitigen kann, ohne durch Behandlung nebensächlicher Ursachen Zeit zu verlieren. Grätzer.

H. Kleinschmidt, Über latente Tuberkulose im Kindesalter. (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Berlin.) (Ebenda.) Die mit fallender Infektionsmenge zunehmende Inkubationsdauer der Tuberkulinempfindlichkeit und die mangelhafte Tuberkulinempfindlichkeit des jugendlichen Individuums sind experimentell erhärtete Tatsachen, an denen nicht ohne weiteres vorübergegangen werden kann. Jeder einzelne von diesen beiden Faktoren verlangt Beachtung, insbesondere aber muß ihre Kombination gewürdigt werden. Für das früheste Kindesalter haben K.'s Beobachtungen also in erster Linie Bedeutung.

Es steht hier ganz ähnlich wie mit der intrauterinen und enteralen Infektion v. Baumgartens und Behrings. Den verallgemeinernden Standpunkt, den diese beiden Autoren einnehmen, kann sich die Mehrheit nicht entschließen zu vertreten. Daß aber diese Infektionswege überhaupt in Betracht kommen, wird anderseits niemand leugnen. Ebenso muß man sagen, es gibt viele Fälle, in denen uns die Tuberkuloseinfektion frühzeitig erkennbar wird, für einen gewissen Bruchteil jedoch muß die Möglichkeit zugegeben werden, daß es zu einer relativ langen, selbst biologischen Latenz der Tuberkulose kommt.

Grätzer.

W. Braun, Weiterer Beitrag zur Frage der Diphtheriebekämpfung und Diphtherieprophylaxe. (Aus der II. Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses im Friedrichshain in Berlin.) (D. m. W. 1914 Nr. 23.) Auf Grund weiterer Erfahrungen betont B. erneut die große Bedeutung der Diphtherieserum-Schutz- und Frühbehandlung. In diese muß der Schwerpunkt der Diphtheriebekämpfung auch weiterhin gelegt werden. Sie lassen sich auch unter den schwierigen lokalen und sozialen Verhältnissen der Reichshauptstadt erreichen.

Grätzer.

E. Friedberger und **E. Mironescu,** Eine neue Methode, Vakzine ohne Zusatz von Desinfizientien unter Erhaltung der Virulenz keimfrei zu machen. (Aus dem Pharmakologischen Institut der Universität Berlin. Abteilung für Immunitätsforschung und experimentelle Therapie.) (D. m. W. 1914 Nr. 24.) Verff. haben den Einfluß des ultravioletten Lichtes auf die gewöhnlichen Begleitbakterien in der Vakzine sowie auf künstlich mit Bakterien stark verunreinigte Vakzine näher untersucht und die Brauchbarkeit der so behandelten Vakzine für Impfzwecke zunächst ausschließlich im Kaninchenversuch geprüft.

In den von ihnen untersuchten zahlreichen Fällen mit verschiedenen Vakzinen und Lapinen ist es regelmäßig gelungen, die Begleitbakterien zu vernichten, selbst dann, wenn das Material bereits mehrere Wochen alt und massenhaft mit Bakterien verunreinigt war. Auch künstlich zugesetztes Sporenmaterial wird früher abgetötet als das Vakzine- bzw. Lapinevirus. Es gelingt also praktisch ohne Zusatz eines Antiseptikums und ohne daß eine störende Nachwirkung noch weiter schädigen kann, die Lymphe keimfrei zu machen unter Wahrung ihrer Virulenz.

Es ist zu erwarten, daß diese Methode auch beim Menschen mit Erfolg anzuwenden sein wird, da ja bekanntlich sich Vakzine hier ähnlich verhält wie beim Kaninchen. Das Verfahren dürfte vor den seither üblichen wesentliche Vorteile bieten:

1. Die Keimvernichtung ist sicherer und weitgehender, als sie durch das Glyzerin und die gebräuchlichen Antiseptika erfolgt.

2. Eine vorherige Ablagerung mit der Gefahr einer wesentlichen Verschlechterung der Vakzine ist nicht notwendig. Im Gegenteil, es dürfte sich für die Impfpraxis, da wo dies möglich ist, empfehlen, kurz vor der jeweiligen Verwendung die Vakzine zu bestrahlen und dann nach Prüfung auf Sterilität das Material alsbald zu benutzen. Bei Konstruktion einer entsprechenden Lampe dürfte es ein Leichtes sein, eine fast unbegrenzte Menge von Material in kürzester Zeit zu sterilisieren und damit jede beliebige Menge von Lymphe schnell zur Verfügung zu haben. Eine derartige schnelle und sichere Sterilisierung wäre besonders wichtig bei Ausbruch einer größeren Pockenepidemie und für die Armee zu Kriegszeiten. Grätzer.

G. Seiffert, Zur Nachprüfung der Reinzüchtung des Pockenerregers. (Aus der Zentral-Impfanstalt in München.) (D. m. W. 1914 Nr. 25.) Die Mitteilung Fornets, es sei ihm gelungen, den Pockenerreger in Reinkultur fortzuführen, war als so bedeutungsvoll anzusehen, daß sie zu einer umfangreicheren Nachprüfung aufforderte.

Es darf aber eine Reinzüchtung des Vakzineerregers nicht als gelungen zu betrachten sein, noch weniger aber in Berücksichtigung einer Kultivierbarkeit zurzeit mit einer Umwälzung in der bisher geübten Darstellung des Impfstoffes gerechnet werden. Grätzer.

Fritz Lesser und **Richard Klages,** Über ein eigenartiges Verhalten syphilitischer Neugeborener gegenüber der Wa.R. (Aus der Universitäts-Frauenklinik der Charité in Berlin.) (D. m. W. 1914 Nr. 26.) Prinzipiell sollte jedes auf Wa.R. zu prüfende Serum mit verschiedenen Antigenen geprüft werden; hierbei ist weniger auf die Provenienz des Antigens (Herz oder Leber), als vielmehr auf das Extraktionsmittel Wert zu legen (Alkohol und Äther). Reagiert ein Serum mit verschiedenen Antigenen teils negativ, teils positiv, so ist der positive Ausfall maßgebend, wofern alle notwendigen Kontrollen die geforderten Bedingungen erfüllen. Grätzer.

Richard Drachter, Erfahrungen mit dem Friedmannschen Heilmittel bei chirurgischer Tuberkulose. (Aus der Chirurgischen Universitäts-Kinderklinik in München.) (D. m. W. 1914 Nr. 28.)

Ed. Kahn und **Osw. Seemann,** Schlechte Erfahrungen bei chirurgischer Tuberkulose mit dem Friedmannschen Mittel. (Aus der Chirurgischen Abteilung des Johannishospitals und der Chirurgischen Universitätsklinik in Bonn.) (Ebenda.) In beiden Arbeiten wird gezeigt, daß dem Mittel eine therapeutische Bedeutung nicht zukommt, ja daß hier und da nur schädliche Folgen von seiner Anwendung resultieren. Grätzer.

Engel (Berlin), Mastkuren im Kindesalter. (Aus der akademischen Kinderklinik in Düsseldorf.) (B. kl. W. 1914 Nr. 9.) Die Schwierigkeiten bei der Mästung von Kindern leiten sich meist daher, daß die Patienten schlechte Esser sind und sich gegen das erhöhte Angebot von Nahrung, selbst wenn man sie noch so mannigfach im Geschmack variiert, ablehnend verhalten. Es besteht also die Aufgabe, den zur Mästung notwendigen Nahrungsüberschuß in einer solchen Form zuzuführen, daß er nicht zurückgewiesen oder daß nicht gar die Eßlust noch weiter gestört wird. Dieses Ziel läßt sich in der Mehrzahl der Fälle dadurch erreichen, daß man sich als Mastmittel ausschließlich der Sahne bedient, sie aber nicht in kleineren Portionen mehrmals am Tage verabfolgt, sondern die ganze Menge abends gibt, gewissermaßen außerhalb der Tagesordnung. Auf diese Weise wird durch die Mastnahrung der Appetit nicht beeinträchtigt und die Eßlust nicht in Anspruch genommen.

Das Verfahren gestaltet sich demgemäß so, daß die Kinder eine einfache, ihrem Alter entsprechende Nahrung erhalten. Die Mahlzeiten werden nur in der Aufeinanderfolge etwas zusammengedrängt, so daß die letzte Mahlzeit etwa nachmittags zwischen 5 und 6 Uhr stattfindet. Bis zu dieser Zeit wird von den Kindern die normale Nahrungsmenge aufgenommen. Zwei bis drei Stunden nachher, vor Beginn des Nachtschlafes, schon im Bett liegend, wird dann die Sahne[1]) getrunken. Man kann mit kleinen Mengen anfangen, etwa mit 100 ccm (ein Weinglas), und in Abständen von etwa 2—3 Tagen bis auf $^1/_2$ l und eventuell selbst noch mehr steigern. Es ist erstaunlich zu sehen, wie große Mengen auch von jungen Kindern gern genommen werden. Wieviel Energie man aber auf diese Weise zuführen kann, ist daraus zu ersehen, daß $^1/_2$ l einer 15proz. Sahne 800—900 Kalorien enthält.

Nehmen wir das Beispiel eines 10jährigen Knaben von 30 kg (normal), welcher in der Ruhe einen Kalorienbedarf von etwa 1250 hat, so können wir ihm ohne weiteres einen Überschuß von der Hälfte seines Ruhebedarfs durch Sahne zuführen. Von einer 15proz. Sahne würde man zu diesem Zweck etwa 350 ccm gebrauchen, ein Quantum, welches in der Regel anstandslos aufgenommen wird. Voraussetzung für den Masterfolg ist natürlich, daß die Tageskost die nötige Energie für die Erhaltung des Bestandes zuführt, so daß die Sahne auch wirklich als Überschuß verwendet werden kann. Für die Praxis muß noch berücksichtigt werden, daß die 1250 Kalorien im Ruhezustand gebraucht werden, daß schon mäßige Bewegung einen erheblichen Zusatz nötig macht. Die Tagesmenge ohne die Sahne muß demgemäß 1250 Kalorien und einen Überschuß von 30—50% bieten. Für die

[1]) Rohe Sahne wird lieber getrunken als gekochte, ist also vorzuziehen.

praktische Durchführung der Mastkur ergibt sich daraus mit Notwendigkeit, daß eine Ruhigstellung des Organismus notwendig ist, da sonst ein Teil der Nahrung für den Ansatz verloren geht. Diese Forderung ist altbekannt und anerkannt, wird aber häufig vernachlässigt. Wenn es erwünscht ist, einen greifbaren Erfolg in kürzerer Zeit zu erreichen, so ist es einzig richtig, Bettruhe zu ordinieren. In anderen Fällen kann man sich mit einer relativen Ruhigstellung begnügen. Es genügt dann, die Kinder 3—5 Stunden am Tage liegen zu lassen, zweckmäßig im Freien, wenn die Witterung es erlaubt. Durch warme Bekleidung und durch Decken muß natürlich Wärmeverlusten bei der Liegekur vorgebeugt werden. Im Rahmen der häuslichen Verpflegung ist es am einfachsten, wenn man die Kinder spät aufstehen und die erste bzw. auch die zweite Mahlzeit im Bett nehmen läßt. Nach dem Mittagessen wird wieder 2—3 Stunden gelegen und nach der Abendmahlzeit auch das Bett gleich wieder aufgesucht.

Die Verordnung einer Ruhe- und Mastkur ist allerdings leichter ausgesprochen wie durchgeführt. Gerade die zappeligen, nervösen, geistig regen Kinder, bei denen man oft gern eine Erhöhung des Körpergewichts erzielen möchte, sind häufig genug kaum ruhig zu halten. Sie wollen nicht liegen, sie wollen nicht still sein. Sie verlangen nach Abwechslung, nach Beschäftigung, so daß man sich ihrer nur schwer zu erwehren weiß. Sind die Eltern nicht sehr energisch, wird nicht der ganze Haushalt entsprechend eingestellt, so kann von einer Durchführung der Verordnung gar keine Rede sein. Geht dagegen die Umgebung des Patienten verständnisvoll und willig auf die Intentionen des Arztes ein, so kann man dadurch Ruhe erzielen, daß man ein ruhiges Zimmer für den Patienten als Aufenthaltsort wählt und dazu noch die Vorhänge zuzieht, so daß sich ein dämmeriges Halbdunkel entwickelt. Geht es auch so nicht, so scheue ich nicht davor zurück, in den ersten Tagen ein harmloses Sedativum zu geben, etwa Bromural, von dem man ruhig 2—3mal am Tage eine Tablette zu 0,3 geben kann. Nicht versäumen möchte Verf., auch noch darauf aufmerksam zu machen, wie wichtig unter Umständen eine geschickte Pflegerin ist, welche es versteht, die Unrast des Patienten zu dämpfen. Vielfach allerdings wird ein wirklicher Erfolg erst dann zu erzielen sein, wenn man das Kind aus seiner Umgebung entfernt und in eine geeignete Anstalt überführt.

Vorteilhaft ist es, die Kur durch den Gebrauch von Arsen zu unterstützen. Man kann es in der Form des Liquor Fowleri oder in der eines natürlichen Arsenwassers verabfolgen.

Um es noch einmal kurz zu fassen, so hat eine Mastkur auf 2 Punkte Rücksicht zu nehmen. Der Energieverbrauch muß durch Ruhigstellung des Körpers auf ein Mindestmaß herabgedrückt werden, und die Zufuhr von Energiespendern, besonders von Fett, muß in einer solchen Form vollzogen werden, daß auch empfindliche, appetitschwache Kinder damit fertig werden. Zu diesem Zweck ist ganz besonders geeignet der Gebrauch von Sahne außerhalb der Tagesordnung in der oben angeführten Art. Nach erzieltem Ansatz gelingt es meist, den Erfolg dadurch zu konsolidieren, daß man die Sahne weiter nehmen läßt, auch wenn die Kinder wieder in die Schule gehen. Grätzer.

W. Beyer, Akute fötide diphtherische Bronchitis. (Aus der Med. Klin. in Rostock.) (M. m. W. 1914 Nr. 1.) 31jährige Frau. Bemerkenswert war das rasche Übergreifen der Infektion auf die tieferen Luftwege, während im Rachen typische Prozesse nicht zur Ausbildung kamen. Grätzer.

Max Grumann (Altona-Bahrenfeld), Beitrag zur Frühdiagnose der Masern. (M. m. W. 1914 Nr. 3.) Häufig hat Verf. bei genauer Kontrolle keine Koplikschen Flecken konstatieren können. Bei der genauen Durchmusterung der Mund- und Rachenpartien fiel ihm aber bei einer Reihe von Fällen, die nach Anamnese (Ansteckungsgelegenheit, Epidemie) und nach seinem ärztlichen Gefühl wohl beginnende Masernfälle sein konnten, ein bestimmtes Bild auf den Tonsillen auf, das ihn zuerst zu der Annahme, es handle sich in solchem Falle um eine beginnende lakunäre Angina, führte.

Auf beiden Tonsillen fand er punkt- und strichförmige, weißliche Effloreszenzen von etwa 3 mm durchschnittlicher Länge, in der Gegend der lakunären Einziehungen, doch — und dieser Umstand fiel wie die weißliche Farbe der Flecken gleich auf — auch auf den Erhabenheiten der Tonsillen, und dort mehr strichförmig.

Wenn eine solche Affektion der Mandeln sich gezeigt hatte, trat regelmäßig nach 1 oder 2 Tagen ein universelles Exanthem der Haut auf, das zur Diagnose der Masern führte. Nachdem Verf. den Zusammenhang zwischen dieser Mandelaffektion und der Masernerkrankung festgestellt hatte, achtete er regelmäßig bei allen auf Masern verdächtigen Fällen darauf und zugleich auf das dabei auftretende Koplíksche Symptom.

Dabei ergab sich folgendes: Daß im Initialstadium der Masern manchmal parallel die weißlichen — Koplikschen — Flecken der Wangenschleimhaut und die oben beschriebene Mandelaffektion auftreten — hin und wieder die Koplikschen Flecken auch allein sich zeigten. Daß in einer Reihe von Fällen aber die spezifische Affektion der Tonsillen das erste und einzige Frühsymptom bei den Masern war.

Es scheint sich bei beiden Symptomen um eine oberflächliche Schleimhautnekrose zu handeln — darin liegt das Übereinstimmende der Erscheinungen wohl. Verf. selbst gab aber das prägnante Bild der Maserntonsillitis bei einer größeren Zahl beginnender Masernfälle ein wichtiges Moment zur frühzeitigen Diagnosenstellung in die Hand — nicht selten, wenn das Koplíksche Symptom nicht festzustellen war. Grätzer.

Walther Schneider, Blutuntersuchungen bei Keuchhusten. (Aus der I. med. Klinik der Kölner Akademie für praktische Medizin.) (M. m. W. 1914 Nr. 6.) Zusammenfassend läßt sich sagen, daß das Blutbild bei Keuchhusten eine ganz charakteristische Veränderung erfährt, die schon mit dem Auftreten der katarrhalischen Erscheinungen ziemlich schnell einsetzt und sich äußert:

1. In einer allgemeinen Leukozytose, die bis zur 3. Woche, die auch klinisch meistens die Akme der Erkrankung darstellt, auf den mittleren Wert von 27100 ansteigt und dann bis zur Genesung wieder auf die Norm abfällt. Die höchste von Verf. beobachtete Leukozyten-

zahl in unkomplizierten Fällen beträgt 39400, in komplizierten Fällen sogar 85800.

2. Die lymphozytären Elemente sind in den ersten 4 Wochen relativ vermehrt, im Mittel schwankend zwischen 58 und 63%. Die höchste Zahl war 86% in unkomplizierten Fällen und 79% in komplizierten Fällen.

3. Die großen Mononukleären und Übergangsformen weisen ebenfalls eine geringe Vermehrung auf, die im Mittel 6,2% beträgt. Die höchste beobachtete Zahl war 10%.

So interessant und charakteristisch auch dieser Blutbefund ist zur Unterstützung der Diagnose der Pertussis, so wenig Handhabe bietet er uns in prognostischer Hinsicht. Wohl trifft im allgemeinen die Ansicht von Crombie zu, daß eine hohe Leukozytenzahl im Anfang der Erkrankung für eine lange Dauer des Keuchhustens spricht, doch sind wir selbst in relativ leichten Fällen niemals sicher, ob sich nicht schwere bronchopneumonische Prozesse oder eine Otitis media hinzugesellen, oder ob gar alte tuberkulöse Herde virulent werden und durch eine akute Miliartuberkulose das Leben direkt gefährden.

Verf.s Erfahrung nach ist es also wohl interessant, das Blutbild bei Keuchhustenverdacht zu untersuchen, da wir dadurch meistens in der Diagnose ein gutes Unterstützungsmittel finden werden, aber über Dauer und Verlauf dürften wir wenig einwandfreie Anhaltspunkte bekommen, da wir über die etwa noch eintretenden Komplikationen zuvor wenig sagen können. Grätzer.

Wilhelm Wegener, Zur Frage der Ernährung kranker Säuglinge mit Larosanmilch. (Aus der medizinischen Kinderabteilung der Universitätsklinik zu Rostock.) (M. m. W. 1914 Nr. 7.) Das Ergebnis aus seinen Beobachtungen zusammenfassend, kommt Verf. zu dem Resultat, daß in der Larosanmilch ein vollwertiger Ersatz der Eiweißmilch gefunden ist, der, billiger im Gebrauch, einfacher in der Herstellung als diese, es auch dem praktischen Arzt ermöglicht, sich die Vorteile der Eiweißmilch bei seinem therapeutischen Vorgehen zu sichern. Grätzer.

E. Keuper, Über eine Ruhrepidemie bei kleinen Kindern. (Aus der Mediz. Klinik des Städt. Krankenhauses Frankfurt a. M.) (M. m. W. 1914 Nr. 9.) Bei einer Ruhrepidemie, die 20 Säuglinge und kleine Kinder betraf, gelang es in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, Pseudodysenteriebazillen (Kruse) zu isolieren. Die Inkubationszeit dauerte nicht länger als 5—6 Tage. Zweimaliger negativer Ausfall der Stuhluntersuchung nach Ablauf der klinischen Erscheinungen genügt nicht, um eine Infektiosität auszuschließen. Nur strenge und langdauernde Isolierung kann, wie man an 2 weiteren sporadischen, bakteriologisch gesicherten Fällen sah, eine Weiterverbreitung verhindern, da die Bazillenausscheidung die eigentliche Darmerkrankung um Monate überdauern kann. Selbst bei schwerem klinischen Verlauf der Dysenterie kann der anatomische Befund fast negativ sein oder dem einer Enteritis follicularis entsprechen. Grätzer.

Felix Reinhard (Düsseldorf), Gonorrhoe und gonorrhoische Komplikationen bei einem Säugling. (Ebenda.) Es handelt sich

in diesem Falle um eine typische Gonorrhoe der Harnröhre, kompliziert durch Epididymitis und Gonitis gonorrhoica bei einem knapp 4 Wochen alten Knaben.

Es ist wohl als sicher anzunehmen, daß das Kind sich während der Geburt von der Scheide der Mutter aus infiziert hat, obwohl diese angeblich in der letzten Zeit der Schwangerschaft keinen Ausfluß gehabt hat. Jedenfalls werden in den Geweben der Scheide noch Gonokokken versteckt gewesen sein, die bei der durch die Geburt verursachten starken Dehnung des Gewebes frei wurden.

Medizinische Besonderheiten bietet ja dieser Fall nicht, doch hielt Verf. ihn der Bekanntmachung für wert aus folgenden Gründen:

Erstens wegen der an und für sich seltenen Gonorrhoe neugeborener Knaben (im Gegensatz zu der ja häufigeren Vulvovaginitis der Mädchen).

Zweitens wegen der seltenen Häufung von Komplikationen; einerseits einer Epididymitis, und zwar einer doppelseitigen, rechts allerdings geringeren Grades, und anderseits einer gonorrhoischen Gelenkentzündung, die auftrat, als die Nebenhodenentzündung noch im Abheilen begriffen war.

Drittens wegen der Infektion durch eine mütterliche Scheide, die sich nicht etwa in einem akuten, sondern in einem Stadium der Gonorrhoe befand, das so geringe objektive Symptome und namentlich so geringe subjektive Beschwerden verursachte, daß die Frau eine Behandlung nicht für nötig hielt.

Schließlich auch, weil der Fall die prompte Wirkung der Credéschen Augenbehandlung mit der Exaktheit eines Experimentes beweist; denn die Augenbindehaut ist bei dem Kinde die ganze Zeit über ohne die geringsten Krankheitserscheinungen geblieben. Grätzer.

G. Schickele, Die kausale Therapie der Uterusblutungen jugendlicher Individuen. (Aus der Universitäts-Frauenklinik Straßburg i. E.) (M. Kl. 1914 Nr. 28.) Im Laufe der Beobachtungen hat Verf. sich ein Programm zurechtgelegt, welches, von dem Versuche einer ätiologischen Deutung der jeweiligen Blutungen ausgehend, eine entsprechende Therapie verfolgt. Folgende Ursachen für Blutungen jugendlicher Individuen kommen in Betracht:

1. Innersekretorische Störungen der Ovarien (oder anderer Drüsen). Manche Fälle bedürfen einer Behandlung überhaupt nicht. Bei andern wirkt der Wechsel des Klimas oder der Beschäftigung günstig ein. Wenn eine Behandlung notwendig ist, erscheint eine zum größten Teil vegetarische, vor allem aber salzreiche Diät neben Verabreichung großer Dosen Natron bicarbonicum am Platze. Es ist unbedingt notwendig, diese Behandlung möglichst lange durchzuführen. Eine gleichzeitige Hypoplasie des Uterus kann Verabreichung von Sekale- bei ungenügender Kontraktionsfähigkeit des Uterus oder von Ovarienpräparaten zur Anregung des Uteruswachstums erfordern.

2. Wenn eine reine Atonie (ungenügende Kontraktionsfähigkeit) des im übrigen normalen Uterus vorliegt, ist Pituitrin am besten in subkutaner Verabreichung mit oder ohne Sekalepräparaten empfehlenswert.

3. Bei einfacher Hypoplasie des Uterus sind, wie oben angedeutet, Ovarium und Sekalepräparate je nach Lage des Falles anzuwenden.



4. Wenn es sich um vasomotorische Ursachen handelt, leistet eine vegetarische Diät kombiniert mit Kalziumsalzen, Hydrotherapie und, wenn nötig, psychischer Behandlung Gutes.

5. Bei allgemeinen und konstitutionellen Ursachen tritt eine entsprechende Behandlung in Kraft.

In allen diesen Fällen sind lokale Eingriffe im Bereiche des Uterus, wenn einmal die Diagnose feststeht, möglichst zu vermeiden. Wenn zur Blutstillung oder bei zurückgebliebenen Schwangerschaftsresten sofort energisch vorgegangen werden muß, dann kommt die Tamponade des Uterus mit in 5—10%iger Sodalösung getauchter Gaze, in ganz seltenen Fällen die Ausschabung in Betracht. Grätzer.

Brandes, Das Krankheitsbild der Osteochondritis deformans juvenilis. (Aus der Chir. Klin. in Kiel.) (Ebenda.) Auf Grund von 10 Beobachtungen in den letzten 1 1/2 Jahren gibt Verf. ein genaues, auch röntgenologisches Bild des Leidens, das keineswegs identisch ist mit der Arthritis deformans. Als Charakteristikum der Affektion ist die freie Flexionsmöglichkeit bei totaler Abduktionsbeschränkung im erkrankten Hüftgelenk zu bezeichnen. Gegen Coxa vara und Coxitis gibt es gewisse differentialdiagnostische Momente, die Verf. ebenfalls klarlegt. Grätzer.

Erich Gast, Über die Wirkung des Odda K auf den kindlichen Organismus. (Aus der I. inneren Abteilung und dem Chemischen Institut des Rudolf-Virchow-Krankenhauses zu Berlin.) (Ebenda.) Stoffwechselversuche bei einem Kinde. Es stellte sich die P_2O_3-Bilanz während der Oddaperiode auffallend günstig. Wir finden da eine Ausnutzung von 75,7% und einen P_2O_5-Ansatz von 2,11 g. Das ergibt die wichtige Tatsache, daß bei einem Kinde, welches nicht imstande war, die P_2O_5 der Kuhmilch in für sein Gedeihen genügendem Umfange zu assimilieren, durch Ernährung mit Odda eine gute positive Phosphorbilanz geschaffen wurde. Auch der Fettstoffwechsel des Odda zeigte günstige Verhältnisse.

Die praktischen Erfahrungen mit Odda K auf der Kinderstation des Rudolf-Virchow-Krankenhauses sind noch nicht groß. Bei zwei Rachitikern, acht und zehn Monate alt, die bei kalorisch reichlicher Vollmilchnahrung mit Beikost und Phosphorlebertran dauernden Gewichtsstillstand zeigten, trat jedesmal nach Oddazulage (50—80 g pro die) kontinuierlicher Gewichtsanstieg ein, einmal bei dem einen Kinde in vier Tagen 500 g. Nach Aussetzen des Odda zeigte bei beiden die Gewichtskurve Abfall, Stillstand oder nur unregelmäßigen, langsamen Anstieg. Zur Beurteilung, welchen Einfluß längere Oddadarreichung auf die rachitischen Knochenveränderungen ausübt, ist die Beobachtungszeit zu kurz. Grätzer.

Wilhelm Keppler und **Fritz Erkes,** Die diagnostische Bedeutung der Tuberkulinherdreaktion bei unklaren Hüftgelenkserkrankungen. (Aus der Königl. chirurgischen Universitätsklinik in Berlin.) (Ebenda.) Zu der Methodik ist folgendes zu bemerken: Die Fälle wurden nach abgeschlossener Untersuchung der Hüfte genau auf Herz und Lungen geprüft. Solche mit klinisch nachweisbaren Herz- oder Lungenerkrankungen wurden von der Tuberkulininjektion aus-

geschlossen. Dann wurden, wenn irgend möglich, zwei Tage lang zweistündliche Temperaturmessungen in der Achselhöhle vorgenommen. Die Temperaturen wurden notiert. Als Temperaturmaximum sah man 37,5° in axilla an. Stellte man höhere Wärmegrade fest, so wurde zunächst von einer Einspritzung abgesehen und das eventuelle Absteigen der Temperatur abgewartet. War dies eingetreten, so wurde die Pirquetsche Kutanimpfung mit 25%igem Alttuberkulin vorgenommen. Bei negativem oder schwach positivem Pirquet wurde nunmehr 1 mg des Kochschen Alttuberkulins (Ruete-Enoch, Hamburg), subkutan in die Bauchhaut injiziert. Bei stark positivem Pirquet wurde mit $^2/_{10}$ mg oder auch, speziell bei älteren Individuen, mit $^5/_{10}$ mg begonnen. Trat keine Reaktion auf, so wurden am übernächsten Tage 3 mg und bei abermaliger Erfolglosigkeit nach zwei weiteren Tagen 5 mg injiziert; in gleicher Weise wurde bei den Fällen mit stark positivem Pirquet von $^2/_{10}$ respektive $^5/_{10}$ mg auf 1, 3 und 5 mg gestiegen. Trat nach der ersten Injektion eine Temperatursteigerung von mehr als 0,5 auf, so wurde die Rückkehr zur normalen Temperatur abgewartet und dann erst zur nächsten entsprechend höheren Injektion geschritten. Während der weiteren Beobachtung wurde die zweistündliche Temperaturmessung nach Möglichkeit fortgesetzt. Dazu wurden dieselben Stunden gewählt, in denen auch vor der Untersuchung die Messungen stattgefunden hatten. Am nächsten Morgen wurde der Effekt der Injektion kontrolliert.

Man verzeichnete „Stichreaktion“, wenn die Einstichstelle, ein meist zirka Zehnpfennigstück großes, auf Druck schmerzhaftes Infiltrat darbot. Eine Allgemeinreaktion wurde dann verzeichnet, wenn die Temperatur mindestens 0,5° höher war, als zur selben Stunde vor der Reaktion. Dabei bestand zumeist Krankheitsgefühl, Kopfschmerz, Schlaf- und Appetitlosigkeit. Eine Herdreaktion endlich wurde dann notiert, wenn sich an der zu untersuchenden Hüfte die Zeichen einer akuten Entzündung einstellten; Schmerzen in der Gegend des Gelenks, besonders beim Gebrauche des Glieds, und Einschränkung der Beweglichkeit. Diese Erscheinungen traten bei den einzelnen Fällen in verschiedener Stärke auf, manchmal bis zur starren, schon bei leisester Berührung schmerzhaften Fixation.

Die genannte Herdreaktion trat zumeist bei 1 mg zirka 6—12 Stunden post injectionem auf und dauerte durchschnittlich 1—2 Tage. Am dritten oder vierten Tage bot die Hüfte wieder dasselbe Bild dar wie vor der Injektion. In keinem Falle wurde eine dauernde Schädigung gesehen.

Die subkutane Tuberkulindiagnostik wurde in der oben geschilderten Weise bei insgesamt 41 Fällen von Hüftgelenkserkrankungen in Anwendung gebracht. Davon zeigten 16 Fälle eine Herdreaktion, bei den restierenden 25 Fällen blieb dieselbe aus. In der ersten Gruppe, das heißt in den Fällen mit Herdreaktion, fand sich dieselbe 13 mal vergesellschaftet mit einer Stich- und Allgemeinreaktion. In 3 Fällen fand sich neben der Herdreaktion nur die Stichreaktion, während die Allgemeinreaktion fehlte. Gegenüber der Pirquetschen Kutanimpfung verhielten sich die Fälle dieser Gruppe derart, daß 9 Fälle eine positive, die restlichen 7 eine negative Pirquetreaktion zeigten.



In der zweiten Gruppe, das heißt in den Fällen ohne Herdreaktion, fanden sich zweimal Stich- und Allgemeinreaktion vergesellschaftet, 5 Fälle ließen nur eine Stichreaktion und 3 Fälle endlich eine Stich- und Pirquetsche Reaktion erkennen. Die übrigen 15 Fälle verliefen ohne jede Reaktion.

Dieser verschiedene Ausfall der einzelnen Reaktionsformen zeigt aufs neue, daß die Pirquetsche und die subkutane Stich- und Allgemeinreaktion für die Diagnose nur sehr bedingt zu verwerten sind und daß lediglich die Herdreaktion in dieser Beziehung als verläßlich zu gelten hat.

Bei dem heute allgemein anerkannten spezifischen Charakter der Herdreaktion braucht es wohl nicht besonders betont zu werden, daß sämtliche Fälle, welche diese Reaktion zeigten, sich auch im weiteren klinischen Verlauf als tuberkulös erwiesen.

Entschieden wichtiger ist der Nachweis, daß die Fälle der zweiten Gruppe, das heißt diejenigen, welche keine Herdreaktion darboten, sich auch in der Folgezeit als tuberkulosefrei herausgestellt haben.

Bei der fluktuierenden Bevölkerung, aus der sich das Material rekrutiert, war es nicht möglich, die sämtlichen hierhergehörigen Fälle einer hierauf gerichteten Nachuntersuchung zu unterziehen. Immerhin ist es gelungen, bei 19 Fällen dieser Gruppe die erforderlichen Erhebungen anzustellen, und diese haben übereinstimmend ergeben, daß auch zur Zeit der Nachuntersuchung kein Anhaltspunkt für eine tuberkulöse Erkrankung der Hüfte vorlag. Grätzer.

Franz Kramer, Intelligenzprüfungen an abnormen Kindern. (Mschr. f. Psych. u. Neur. 33. H. 6.) Verf. wandte die von Binet und Simon ausgearbeitete Intelligenzprüfungsmethode an; diese Autoren gingen von dem Gedanken aus, für die verschiedenen Altersstufen der Kinder eine Reihe von Tests zusammenzustellen, die von dem intellektuell normalen Kinde des entsprechenden Lebensalters erfüllt werden, vom jüngeren Kinde dagegen noch nicht geleistet werden können; aus dem Ergebnis der Prüfung kann man ersehen, ob die Leistung des Kindes seinem Lebensalter entspricht, oder, wenn nur Aufgaben gelöst werden, die für ein jüngeres Lebensalter angesetzt sind, erhält man einen Anhalt für den Grad des intellektuellen Defektzustandes. Es gelang nun Binet und Simon, für die Altersstufen von 3—13 Jahren eine genügende Anzahl von brauchbaren Tests zu finden. Verf. prüfte lediglich abnorme Kinder, entweder solche, die ihm von der Zentrale für Jugendfürsorge zur Untersuchung zugeführt wurden, oder Patienten der Klinik und Poliklinik. Nur in einem einzigen Falle war das Intelligenzalter um 2 Jahre höher als das Lebensalter; in diesem Falle handelte es sich um ein 10jähriges Mädchen, das öffentlich als Gedächtniskünstlerin auftrat. Bei denjenigen Fällen, die in ihrem Intelligenzalter 2 und noch mehr Jahre hinter ihrem Lebensalter zurückblieben, fiel auf, daß die großen Differenzen vorwiegend bei Kindern über 12 Jahren vorkamen. Es zeigte sich ferner, daß Schwachsinnige allmählich, und gegenüber der Norm verspätet, ein gewisses Intelligenzalter erreichen, über das sie, auch im Laufe der weiteren Entwicklung nicht mehr hinwegkommen. Beim Vergleich zwischen



dem Schulalter und dem Intelligenzalter, d. h. zwischen den Schulleistungen und dem Resultat der Intelligenzprüfung, ergab sich, daß in 9 Fällen das Schulalter höher als das Intelligenzalter war, diese Kinder waren alle intellektuell defekt, in der Schule aber nicht soweit zurückgeblieben, als es nach ihrem Intelligenzniveau zu erwarten wäre. In 39 Fällen stimmte das Schulalter mit dem Intelligenzalter überein. 36 Kinder zeigten ein niedrigeres Schulalter als Intelligenzalter. Die Untersuchungen zeigen bezüglich der Bewertung der Binetschen Methode, daß der naheliegende und gegen jedes solche Verfahren zunächst zu erhebende Einwand, daß man nur Schulkenntnisse prüft, nicht berechtigt ist, ferner daß wir zur Beurteilung eines Kindes nicht einseitig die Verstandesleistung heranziehen, sondern die gesamte psychische Persönlichkeit berücksichtigen müssen. Die Schulfähigkeit der Kinder wird in hohem Grade von anderen psychischen Faktoren beeinflußt; in gleichem Maße gilt das auch für das Fortkommen im Berufe, für die soziale Brauchbarkeit. Kurt Mendel.

Th. Herrmann, Das Gewicht der Neugeborenenmilz. (Aus d. Städt. Patholog. Institut in Dortmund.) (Anat. Anzeiger 47. H. 11/12. S. 325.) Das Gewicht der normalen Milz der Neugeborenen schwankt in sehr weiten Grenzen. Ein Mittelwert läßt sich nicht aufstellen, und die Entscheidung, ob eine normale oder pathologisch veränderte Milz vorliegt, kann nur auf Grund der Anamnese der Mutter, der Obduktion und mikroskopischen Untersuchung gestellt werden.

Die Ausbildung des lymphatischen Gewebes der Milz steht in keiner Berechnung zur Größe des Organs. K. Boas.

E. Conradi, Zur Morphologie des Blutes unter dem Einflusse des Seeklimas. (Folia haematolog. 17. H. 2. S. 105.) Verf. konnte keinen wesentlichen Effekt des Seeklimas auf die Blutzusammensetzung feststellen. Während die Erythrozytenzahl und der Hämoglobingehalt etwas ansteigen, werden morphologische Veränderungen des Blutbildes sowie Änderung in der Verteilung der Leukozytenarten nicht beobachtet. K. Boas.

P. Vollmer, Die Tuberkulose im schulpflichtigen Alter und ihre Bekämpfung. (Brauers Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 29. H. 3.) Verf. zeigt an Hand der Mortalitätsstatistik für Tuberkulose, daß dieselbe im schulpflichtigen Alter nicht nur nicht abgenommen, sondern sogar an Häufigkeit zugenommen hat. Im Anschluß daran werden prophylaktische Maßnahmen erörtert, von denen die wichtigste die Anstellung von Schulärzten, auch auf dem flachen Lande, ist. K. Boas.

Kr. F. Andword, Die Tuberkulose eine Kinderkrankheit. (Brauers Beiträge zur Klinik d. Tuberkulose 29. 1914 H. 1.) Verf. zeigt, daß unter den gegenwärtigen Verhältnissen die Mehrzahl der Tuberkulosen schon auf eine Infektion in der Kindheit zurückgehen; durch solche früh erworbenen Infektionen wird, sofern sie einen gutartigen Charakter zeigen, ein gewisser Immunitätsgrad erreicht, der den gutartigen Verlauf der Tuberkulose des späteren Alters erklärt. Als Infektionsquelle symptomloser Tuberkulose sieht Verf. einmal die

Ansteckung durch tuberkulöse Menschen an, ziemlich oft sei die Infektion jedoch tuberkulöser Milch zuzuschreiben. K. Boas.

Chr. Schöne, Eine experimentelle Begründung der Dosierung des Diphtherieheilserums beim Menschen. (Zschr. f. Immunitätsforschung 22. 1914 H. 2.) Da das Diphtherieheilserum bisher ausschließlich nach empirisch gewonnenen Regeln und Überlegung dosiert wird und diese Dosis in der Praxis ganz außerordentlich schwankt, so hat der Verf. nach Methoden gesucht, um die für den Menschen minimal tödliche Dosis von Diphtherietoxin und die zur Neutralisation dieser Dosis erforderliche Menge Antitoxin zu berechnen. Er fußt dabei auf der von Römer angegebenen Wirkung der intrakutan gegebenen Injektionen und kommt zu dem Schlusse, daß eine gewisse gesetzmäßige Proportion zwischen Haut und Allgemeinempfindlichkeit besteht. Bei den in Betracht kommenden Tierarten konnte er feststellen, daß die Allgemeinempfindlichkeit stets das 200—150fache der Hautempfindlichkeit etwa 10mal so gering wie bei den Meerschweinchen, Hunden und Katzen. Bei älteren Menschen ist sie noch geringer. Aus der zur Neutralisation der intrakutanen Dosis erforderlichen Menge Antitoxin ist die zur Neutralisation der einfachen tödlichen Dosis notwendige Menge Serum zu berechnen. K. Boas.

K. Franz, Zur Frage der Beurteilung der Belichtung von Schulplätzen. (Aus dem Hygienischen Institut der Universität in Berlin.) (Zschr. f. Hygiene u. Infektionskrankheiten 78. H. 1.) Auf Grund theoretischer Erwägungen und praktischer Erfahrungen werden vom Verf. Verbesserungsvorschläge zum Pleierschen Raumwinkelmesser und Weberschen Relativphotometer gemacht.

K. Boas.

W. Fleischmann, Die Berechnungen zwischen dem spezifischen Gewicht und dem prozentualen Gehalt an Fett und Trockenmasse der Kuhmilch. (Aus dem Laborat. f. Chemie und Bakteriologie der Milch d. Universität in Göttingen.) (Journ. f. Landwirtschaft 62. H. 2. S. 159.) Die mitgeteilten Auseinandersetzungen ermöglichen eine Vergleichung und eine gegenseitige Bewertung der zur Berechnung einer der drei Größen s, t u. f aus den beiden anderen aufgestellten Formeln. Zugleich geht daraus hervor, daß alle diese Formeln, auch die relativ genauesten, nur Näherungsformeln sein und im Einzelfalle höchstens zufällig einmal Ergebnisse liefern können, die sich mit denen der Analyse vollkommen decken. Da die gewichtsanalytische Bestimmung der Milchtrockenmasse t bekanntlich recht unsicher ist und gut übereinstimmende Werte bei Doppelbestimmungen nur gibt, wenn man beide Male genau nach den gleichen Vorschriften arbeitet, so scheint mir die Berechnung von t vor der direkten Bestimmung im allgemeinen den Vorzug zu verdienen, vorausgesetzt, daß man dazu Formeln verwendet, die den höchst erreichbaren Grad der Annäherung versprechen, und daß man bei der Bestimmung von f und g mit größtmöglichster Sorgfalt zu Werke geht. K. Boas.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

R. Monti, Behandlung der Lues congenita mit Embarin. (Aus dem St. Anna-Kinderspital in Wien.) (W. m. W. 1914 Nr. 47.) Auf Grund seiner klinischen Erfahrungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1. Die Salvarsantherapie der Lues congenita im Kindesalter gibt keine besseren Resultate als die bisher übliche Quecksilberbehandlung, was die große Anzahl von Rezidiven nach Salvarsan beweist. 2. Die subkutane Quecksilbereinverleibung ist gegenüber der Quecksilberdarreichung per os entschieden prompter und nachhaltiger. 3. Die Embarinbehandlung ist wegen des größeren Quecksilbergehaltes bei relativ geringer toxischer Wirkung heute als die zweckmäßigste Art der Quecksilbermedikation zu bezeichnen. 4. Zur Vermeidung einer Quecksilberintoxikation ist das Embarin in kleinen Dosen, d. h. bei Säuglingen 3—4 und bei größeren Kindern 5—7 Teilstriche einer 1 g-Spritze, jeden 2. bis 3. Tag zu injizieren. 5. Schwere toxische Erscheinungen treten bei Kindern nur selten auf, und zwar nur dann, wenn man in zu rascher Aufeinanderfolge größere als die angegebenen Dosen anwendet, wobei durch Quecksilberaufstapelung im Organismus eine Quecksilbervergiftung zustande kommt. 6. Die subkutane Embarineinverleibung ist in allen jenen Fällen vorzuziehen, bei denen von vornherein Darmstörungen die interne Quecksilberdarreichung unmöglich machen oder Hautausschläge spezifischer oder anderer Art die Schmierkur verbieten.

Anderseits verdient die Embarinbehandlung überall dort den Vorzug, wo es wegen der Schwere der Allgemeinerscheinungen auf eine energische oder aus anderen Gründen auf eine kurzfristige und nachhaltige Therapie ankommt. Grätzer.

A. F. Hess, A study on icterus neonatorum by means of the duodenal catheter. (Collected Studies from the Bureau of Laboratories Department of health. City of New York 7. S. 412.) Mit Hilfe des Duodenalkatheters konnte Verf. nur 1mal von 52 Fällen innerhalb der ersten 12 Lebensstunden eine Gallenabsonderung nachweisen. In den folgenden 24 Stunden schwankt der Gehalt. Wo kein Ikterus besteht, sind die Werte gering oder gleich Null, bei Ikterus sieht man höhere Werte. In der ersten Lebenswoche bis zum 10. Lebenstage tritt die Gallenabsonderung allmählich voll und ganz in Tätigkeit. Wenn Gelbsucht besteht, so geht eine Gallenausscheidung in das Duodenum voraus. Die Gallenabsonderung schwankt innerhalb weiter Grenzen. Die höchsten Werte erreicht sie bei Ikterus. Dieser beruht auf einem Mißverhältnis zwischen der Gallenabsonderung und Gallenausscheidung. Meistens liegt dies darin, daß die mangelhafte Ausscheidung nicht imstande ist, mit der plötzlich auftretenden massenhaften Gallenabsonderung gleichen Schritt zu halten. K. Boas.

P. Gaifami, Asphyxie extra-utérine grave par hydropisie oscite chez un nouveau-né syphilitique; paracentèse immédiate; guérison définitive en bonne voie grâce au traitement mercuriel ultérieur. (Revue mensuelle de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie 1913 Nr. 5.) Es handelt sich um einen spontan und



rechtzeitig geborenen syphilitischen Neugeborenen (Wa.R. bei der Mutter positiv), der, ohne irgend ein Zeichen intrauterinen Leidens gehabt zu haben, ganz plötzlich nach der Geburt die Zeichen recht schwerer Asphyxie bot. Das Abdomen war stark entwickelt und durch Aszites gespannt, und diese hochgradige Ausdehnung erschien als die mechanische Ursache der Asphyxie. Skrotum stark geschwollen und gespannt. Man schritt sofort zur Parazentese und konnte 600 ccm Aszitesflüssigkeit entfernen, die nicht die Rivaltasche Reaktion gab, spontan nicht koagulierte und 22 ‰ Eiweiß enthielt. Die Atmung stellte sich wieder her; die Bauchpalpation gestattete den Nachweis einer stark vergrößerten Leber. Auf den Rat von Concetti, der selber das Kind sah, wurde in den nächsten Tagen mit einer Hg-Schmierkur begonnen. Der Allgemeinzustand des Kindes blieb während der ganzen klinischen Beobachtung ein recht befriedigender. Zwanzig Tage nach der Geburt wurde festgestellt, daß das Kind inzwischen ungestört sich weiter entwickelt hatte.

Man kann in dieser Beobachtung so etwas wie eine praktische Demonstration des Wertes der von Sfameni gegebenen Empfehlung erblicken, anläßlich eines eigenen Falles von einem lebend geborenen syphilitischen Kind, das plötzlich nach der Geburt eine immer langsamer und immer oberflächlicher werdende Atmung zeigte, um, trotz künstlicher Atmung, nach 40 Minuten zu sterben. Es handelte sich um eine Frucht, deren Leib sehr aufgetrieben und gespannt war; bei der Autopsie fand man 700 ccm Aszitesflüssigkeit und eine gewisse Hypertrophie der Eingeweide. Sfameni führte den Tod auf die mechanische Asphyxie infolge übermäßiger Bauchspannung zurück und schlug vor, im gegebenen Falle sofort zur Parazentese zu greifen, um so das mechanische Hindernis zu beseitigen, wobei auf die Möglichkeit einer späteren Behandlung der primären Krankheit gerechnet werden darf, welche fast stets die Syphilis ist.

Die mechanische Pathogenese des Todes heredosyphilitischer Früchte unmittelbar nach der Geburt war schon von Bonnet-Laborderie (Thèse de Lille, 1907) betont worden, der mit Bestimmtheit die Volumvermehrung des Leibes und die Hypertrophie der Eingeweide beschuldigte. Sfamenie, der diesen Gedanken aufnahm, wollte noch schärfer als Bonnet-Laborderie dies getan, die wesentliche Bedeutung der Spannung der Bauchmuskeln ins Licht setzen, aus der ihm die klare Indikation eines Eingriffes sich zu ergeben schien, welcher die Kranken retten, oder mindestens die Möglichkeit einer unmittelbaren Lebenserhaltung eröffnete. H. Netter (Pforzheim).

van der Heide, Epiphysentumor. (Niederländischer Pädiaterkongreß 1913, Groningen 18/19. Juli.) (Gaz. des hôp. 1913 Nr. 85. 29. Juli.) Es handelt sich um einen diplegischen und hydrozephalen 4 jährigen Knaben, bei dem die Genitalien in kurzer Zeit eine außerordentliche Entwicklung erfahren haben. Die Diagnose könnte durch die Radiographie gestellt werden. Autor ist geneigt, den Tumor für ein Teratom zu halten. — Apert hat einen analogen Fall bei einem 14 jährigen Mädchen gesehen, bei welchem die anatomische Untersuchung die Existenz eines Epiphysentumors ergab, der zur Dilatation 1. des mitt-

leren Ventrikels, 2. des Divertikels desselben, das sich in die Sella turcica einsenkt, geführt hatte, woraus sich später eine Kompression der Hypophyse ergab. Nach Apert führen die Tumoren der Epiphyse nur bei totaler Destruktion dieser Drüse zum genitalen Gigantismus.

H. Netter (Pforzheim).

L. Decloux und **L. Ribadeau-Dumas,** Radiologische Diagnose der Miliartuberkulose der Lungen. Diagnostic radiologique de la granulie pulmonaire. (Bull. et. Mém. Soc. méd. des hôp. de Paris 1913, 14. März.) Beobachtungen an 4 Kindern mit Miliartuberkulose, bei welchen die Diagnose durch die Radiographie gestellt werden konnte. Mit dem Negatoskop sieht man auf den Negativen die Lungenfelder von kleinen, miliaren mehr oder weniger rundlichen, isolierten oder konfluierenden Herden durchsetzt, welche Bezirke von ganz ungleicher Tiefe einzunehmen scheinen. Ihre verschiedene Dimension und Undurchsichtigkeit beeinträchtigen häufig die Schärfe der Konturen. Überallhin verstreut, über die Spitzen sowohl wie über Basis- und Hilusgegend, lassen sie doch zuweilen ein deutlicheres Vorherrschen erkennen. In manchen Fällen sind diese Herde in Oberlappen und Spitzen besonders reichlich gesät. Dies ist bei nicht sehr vorgeschrittenem Prozeß eine häufige Lokalisation, von den Verff. oft beim Säugling beobachtet, welches auch der Sitz des initialen Herdes sein mag. In 3 Fällen fanden die Verff. eine Bestätigung des radiographischen Befundes durch das Ergebnis der Autopsie. Sie zeigte in der Tat, daß es sich um Miliartuberkulose handelte und daß die Verteilung der Herde dem entsprach, was auf den Platten zu sehen war.

Auch bei 2 Erwachsenen konnte mittels der Radiographie die Diagnose einer Miliartuberkulose gestellt werden.

H. Netter (Pforzheim).

Tillaye (Tours), Ostéopsathyrosis héréditaire familiale. (Revue d'Orthopédie 1914, No. 2.) „Das überrascht mich gar nicht, ich bin die einzige meiner Familie, die noch keine Fraktur gehabt hat,“ antwortete die 34jährige Kranke dem über das geringfügige Trauma als Ursache der Fractura colli femoris erstaunten Verf., und dann machte sie interessante und merkwürdige Mitteilungen über die verschiedenen Glieder der Familie, die alle — die Mutter ausgenommen — Frakturen gehabt haben:

Der Vater, 75 Jahre, Fraktur des rechten Radius mit 73 Jahren; die Mutter, 64 Jahre, stets gesund gewesen; Bruder von 45 Jahren, Fractura fem. dextr. mit 2 Monaten und mit 42 Jahren; Bruder von 43 Jahren, dasselbe mit 29 Jahren; Bruder von 42 Jahren, Epiphysenlösung der linken Tibia mit 20 Jahren?; Schwester von 40 Jahren, Fract. fem. sin. unterhalb des Collum mit 6 Monaten; Fract. fem. sin. mit $2\frac{1}{2}$ Jahren; Bruder von 36 Jahren, Fract. fem. sin. mit 8 Tagen; Fract. fem. dextr. mit $3\frac{1}{2}$ Jahren; Fract. fem. sin. mit 6 Jahren; Fract. clavic. sin. mit 8 Jahren; Schwester von 32 Jahren, Fract. fem. dextr. mit 1 Monat, Fract. clavicul. sin. mit 6 Wochen, Fract. fem. sin. mit 3 Monaten, Fract. fem. dextr. mit 15 Jahren. Alle Kinder wurden an der Brust aufgezogen, lernten nicht spät laufen, haben immer in Paris gelebt, waren aber alle klein. Alle wurden sie

von namhaften Pariser Chirurgen behandelt. Bis auf zwei, die eine gewisse Verkürzung behielten, sind alle gänzlich geheilt, und die Konsolidation fand meist in ziemlich kurzer Zeit statt. Die Mitteilungen sind zwar nicht vollständig (die Kenntnis des genauen Sitzes dieser Frakturen wäre wünschenswert), aber sie sind von höchstem Interesse, denn fast alle diese Frakturen entstanden unter dem Einfluß unbedeutender Ursachen, und mit Ausnahme von einem von ihnen haben sich alle Kinder dieser Familie den Femur gebrochen.

Verf. ist geneigt, diese familiäre Dysostose zur Osteopsathyrosis, d. h. zu der von Lobstein beschriebenen essentiellen Knochenbrüchigkeit zu zählen, ohne es mit Bestimmtheit behaupten zu wollen.

H. Netter (Pforzheim).

Lagane, Paratyphus bei einem Säugling von 8 Monaten. (Bull. Soc. de Pédiatrie de Paris 1914, Januar.) Paratyphus-A-Infektion eines 8monatigen Säuglings durch die Mutter, mit dem klassischen Verlauf eines Typhus beim Erwachsenen, mit einer Continua während zwei Wochen und dann lytischem Abfall der Temperatur während einer Woche. Das Kind zeigte einen starken Torpor mit Somnolenz, äußerst reichlichen Roseolaflecken. Die Diarrhoe war mäßig, die Milz nicht hypertrophisch. Zu Lungenkomplikationen kam es nicht. Kein Rückfall. H. Netter (Pforzheim).

Bailly, Les oblitérations des artères des membres au cours de la diphthérie. (Pariser These 1913.) Die Fälle von postdiphtherischer Obliteration der Gliedmaßenarterien sind keineswegs häufig: Verf. konnte nur 17 derartige Beobachtungen in der Literatur auffinden. Er reproduziert dieselben und fügt einen noch unveröffentlichten Fall von Louis Martin und Henri Darré hinzu. An der Hand dieses Materials gibt er uns eine gründliche Studie dieser seltenen Komplikation, deren Pathogenese besonders interessant ist. Die Obliteration der großen Gliedmaßenarterienstämme kommt ausschließlich bei malignen oder submalignen, durch kardiale Störungen komplizierten Diphtherien vor. Bisher ist sie nur bei Kindern beobachtet worden. Plötzlich, in der zweiten oder dritten Woche der Krankheit, tritt sie auf bei Personen, welche alle Zeichen des sekundären Syndroms der malignen Diphtherie bieten. Meist befällt sie die unteren Gliedmaßen, kann aber auch die oberen treffen, bald ist sie einseitig, bald und seltener doppelseitig.

Der Verlauf ist verschieden und läßt drei Gruppen unterscheiden:

Bald tritt der Tod, unter dem Einfluß der kardialen Komplikation einige Stunden oder Tage nach dem Auftreten der Gefäßobliteration auf, deren Folgen nicht Zeit zum Manifestwerden hatten.

Bald stellt sich die Zirkulation in einigen Stunden oder Tagen wieder her, aber die temporäre Ischämie ist gemeinhin früher oder später von einer dauernden Ischämie gefolgt, welche die Folge einer neuen Obliteration an den Arterien desselben oder eines anderen Gliedes ist, welche sich zu Gangrän entwickelt.

Bald endlich — und dies sind die zahlreichsten Fälle — stellt sich die Zirkulation nur unvollkommen wieder her: die trockene Gangrän ergreift einen mehr oder weniger ausgebreiteten Bezirk der

Gliedmaßen, die meist die Absetzung des abgestorbenen Segmentes erfordert.

Die Obliteration der großen Gefäßstämme einer oder mehrerer Gliedmaßen kann vorausgehen, sie kann aber auch begleitet oder gefolgt sein von Erscheinungen, welche die Verstopfung anderer Arterienstämme und besonders der Lungen- oder Gehirnarterien, der Aorta abdominalis, der Milz-, Nieren- oder Leberarterien verraten.

Die Prognose dieser Komplikation ist stets durchaus ernst. In nahezu der Hälfte der Fälle tritt der Tod durch die fortschreitende Diphtherieintoxikation ein, der Kranke erliegt bald oder plötzlich dem Versagen des Herzens. In den anderen, alle der Gangrän geweihten Fällen wird die Heilung nur um den Preis des Verlustes eines mehr oder weniger großen Gliedabschnittes erreicht. Die Diagnose ist im allgemeinen leicht. Immerhin kommt es darauf an, die Gangrän infolge Arterienobliteration mit anderen, auch bei Diphtherie möglichen Gangränen verschiedener Ursache nicht zu verwechseln, also mit der symmetrischen, Raynaudschen, Gangrän der Extremitäten oder mit der disseminierten, an eine Septikämie durch anaërobe Mikroben gebundenen Hautgangrän.

Pathogenetisch sind diese Obliterationen die Folge von Embolien, welche die bei der malignen Diphtherie gemeinhin beobachtete kardiale Thrombose zum Ausgang haben. Die bei der malignen Diphtherie konstante beträchtliche arterielle Drucksenkung erklärt die Insuffizienz des Kollateralkreislaufs, welche, selbst bei Kindern mit gesundem Arteriensystem, den Blutumlauf niemals genügend wieder in Gang zu bringen vermag.

Es ist die Aufgabe weiterer Untersuchungen, festzustellen, ob die kardiale Thrombose und die Embolien, welche sie setzt, auf die diphtherische Intoxikation oder die pathogene Wirkung der Keime sekundärer Infektion zurückzuführen sind.

Die in erster Linie prophylaktische Behandlung besteht in der frühzeitigen, ausgiebigen Anwendung der Serumtherapie. Ist es zur Embolie gekommen, muß man sich auf eine Palliativbehandlung beschränken, die vor allem auf eine möglichste Begrenzung der Gangrän und eine Verhütung sekundärer Infektion Wert zu legen hat.

Ist die Demarkation definitiv geworden, kann die Amputation gemacht werden, aber erst wenn die Heilung der Diphtherie vollständig geworden ist. H. Netter (Pforzheim).

H. Spindler, Akute Kalomelintoxikation mit plötzlichem Beginn nach Genuß von Vichy-Wasser. (Presse médicale 1913, No. 34, 26. April.) Beobachtung am eigenen, $2^1/_2$jährigen Kind. Anlaß zur Vergiftung gab die irrtümliche Verabreichung von 0,3 Kalomel statt 0,2 Antipyrin wegen beginnender leichter Grippe.

Die Beobachtung erscheint beachtenswert, einmal wegen der Schwere der Erscheinungen im Gefolge irrtümlicher Verabreichung einer Kalomelgabe von 0,3 an ein $2^1/_2$jähriges, im Beginn einer leichten Grippe stehendes Kind, dann wegen des brüsken und augenblicklichen Beginns der Erscheinungen mit Ballonnement des Leibes nach Einnahme des Pulvers, nachdem das Kind vorher über nichts geklagt

und nur ermüdet geschienen hatte, endlich wegen des unmittelbaren Zusammentreffens der Krämpfe und dem Genuß von einem Viertelglas Vichywasser (Lardyquelle). Es liegt die Vermutung nahe, daß der bedrohliche Zustand verursacht wurde durch eine augenblickliche Reaktion des alkalischen Natronsalzes auf das schon seit fünf Stunden absorbierte und durch seinen Aufenthalt im Darmkanal mehr oder weniger veränderte Kalomel. — Der Fall verlief günstig.

H. Netter (Pforzheim).

Flandin, Schwere Serumerscheinungen und deren Behandlung mit Pferdeserum. (Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. 1914, 6./13. Febr.) Eine 35jährige Frau hatte wegen einer nicht diphtherischen Angina unbestimmter Natur eine subkutane Diphtherieseruminjektion erhalten. 13 Tage danach, von der Angina gänzlich geheilt, sah sie Ödem der Beine, Arthralgien mit Erguß, eine Urticaria- und Purpuraeruption usw. bei sich auftreten. Alles verschwand bei Bettruhe, um wieder aufzutreten, sobald sich die Kranke erhob. So blieb es während 15 Monaten, trotz aller hygienischen und medikamentösen Maßnahmen. Die Injektion minimaler Mengen von Pferdeserum (von $^1/_{10}$—$^2/_{10}$ ccm) hielt die Ödeme und Ausschläge zurück, um sie bald ganz zum Verschwinden zu bringen.

Nach Ansicht des Verf.s kommen diese Serumerscheinungen nicht von einer Anaphylaxie; sie sind die Folge eines unter dem Einfluß einer einzigen Injektion heterogenen Serums zur Entwicklung gekommenen toxischen Zustandes, der wahrscheinlich nach Pferdeseruminjektion verschwand. Es ist sozusagen eine Vakzination mit Serum gegen die Serumkrankheit. H. Netter (Pforzheim).

Monrad (Däne), Über kutane und perkutane Tuberkulinreaktionen bei Kindern. (Ugeskrift for Läger 1914 Nr. 33.) Der Verf. hat die v. Pirquetsche Probe, mit verdünntem Alttuberkulin, bei 3408 Kindern in dem Königin-Louisen-Kinderhospital und in privater Praxis angestellt und die Morosche Probe mit einer Salbe von Alttuberkulin und Lanolin āā in 333 Fällen vorgenommen. Er teilt in dieser Abhandlung seine Resultate mit, die mit den üblichen übereinstimmen. Vergleichende Untersuchungen zeigten, daß die Salbereaktion in den meisten Fällen ebenso zuverlässige Resultate wie die v. Pirquetsche Kutanreaktion gab. In dem ersten Lebensjahr ist eine positive Tuberkulinreaktion mit aktiver Tuberkulose gleichdeutig, in dem zweiten Lebensjahr ist $^6/_7$ aktive und $^1/_7$ inaktive Tuberkulose, vom 2.—5. Lebensjahr ist $^2/_3$ aktive, $^1/_3$ inaktive Tuberkulose, vom 5.—10. Lebensjahr ist die Hälfte aktive, die Hälfte inaktive Tuberkulose, und von dem 10.—15. Lebensjahre ist $^1/_3$ aktive und $^2/_3$ inaktive Tuberkulose. 461 Säuglinge unter 3 Monaten reagierten alle negativ. 50 von diesen wurden später seziert, und mehrere von den Kindern wurden später im ersten und zweiten Lebensjahr wiederholt geimpft, wodurch die Richtigkeit der ersten Resultate kontrolliert werden konnte. 399 Säuglinge waren zwischen 3 und 6 Monaten alt. 5 von diesen reagierten positiv und hatten alle klinisch nachweisbare Lungentuberkulose, an welcher sie starben. 5 Säuglinge, die negative Reaktion gaben, litten an Miliartuberkulose. 429 Kinder waren in dem Alter von $^1/_2$ bis

1 Jahr. 32 reagierten positiv; 10 Kinder mit Miliartuberkulose reagierten negativ. Von den 32 positiv reagierenden hatten 30 aktive Tuberkulose. Im zweiten Lebensjahre waren 544 Kinder, von diesen reagierten 64 positiv (die Tuberkulose war aktiv bei 55, latent bei 9). Zwischen 2 und 5 Jahren waren 673, von welchen 173 positiv reagierten (116 mit aktiver, 57 mit inaktiver Tuberkulose); zwischen 5 und 10 Jahren waren 599 Kinder; 270 gaben positive Reaktion (137 hatten aktive, 133 latente Tuberkulose). 303 Kinder waren zwischen 10 und 15 Jahren, 163 von diesen reagierten positiv, nur 52 von diesen zeigten Zeichen einer aktiven Tuberkulose.

Bei 1500 Kindern wurde die Probe, wenn sie negativ war, nach dem Verlaufe einer Woche wiederholt, 30 gaben Reaktion bei der zweiten Probe; 9 Kinder gaben erst Reaktion bei einer 3. Probe. (4 mit Lungentuberkulose, 2 mit ossöser und 3 mit latenter Tuberkulose.) Endlich reagierten 2 Kinder erst bei der 5. Probe; sie litten beide an Peritonealtuberkulose. Die Sensibilisierung spielt also nur eine kleine Rolle bei Kindern. Nur in 41 von 1500 Fällen gab die erste Probe mißweisende Resultate (d. h. in 2,7%). Eine negative Tuberkulinprobe scheint also in etwa 97% aller Fälle Tuberkulose bei dem betreffenden Kinde ausschließen zu können. Von 12 Fällen mit Peritonealtuberkulose reagierten 6, die Aszites hatten, positiv, die anderen 6 gehörten der trockenen Form, 4 von diesen reagierten gleich positiv, zwei — wie oben angeführt — erst bei der fünften Probe. Versuche mit Bovotuberkulin ergaben dieselben Resultate wie mit dem Alttuberkulin. Von 45 Kindern mit Lymphatismus reagierten nur 12 positiv. Der Verf. konnte den gewöhnlichen Ausfall der Reaktion bei Miliartuberkulose und Kachexie, in dem exanthematischen Stadium der kruppösen Pneumonie bestätigen. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

V. Chlumský (Krakau), Über spinale Kinderlähmung. (Časopis českých lékařůr 53. 1914 S. 381.) (Böhmisch.) Die Krankheit soll nach Verf.s Erfahrungen in Galizien endemisch sein: von Rabce und Jakopané kommen jährlich ein oder einige Fälle in Behandlung. — Verf. bespricht die Ätiologie, die seit Noguchis und Flexners Entdeckung bekannt ist, die Wege der Infektion, die Symptomatologie und Therapie der Krankheit. Als Orthopäde widmet er den größten Teil seiner ausführlichen Studie dieser Art von Behandlung, namentlich bei älteren Fällen von spinaler Kinderlähmung.

Jar. Stuchlík (Zürich).

V. Hüttel (Prag), Pollakiurie bei Schulkindern. (Časopis českých lékařůr 53. 1914 S. 1296.) (Böhmisch.) Außer den vielen Fällen von Pollakiurie (resp. kombiniert mit Enuresis), die organisch bedingt waren (Cystitis, Blasensteine, Phimosis, Vulvitis, adenoide Vegetationen, habituelle Verstopfung, usw. usw.), beobachtete Verf. zahlreiche Fälle rein neurotischer Natur, also eine Äußerung hysterischer Erkrankung. Es gelang ihm auch, manche davon auf suggestivem Wege zu heilen. Interessant war auch die „psychische Infektion“ in manchen Klassen, die immer einen bestimmten Anfang hatte und sich sehr rasch verbreitete. Jar. Stuchlík (Zürich).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde.

(Nach M. m. W.)

Sitzung vom 23. Januar 1914.

Gilbert (a. G.): **Gliome und Pseudogliome im kindlichen Auge.** An der Hand zahlreicher Präparate und Diapositive wird die pathologische Anatomie des Netzhautglioms besprochen. Wenn auch über den Ausgangspunkt der Tumoren, über den Aufbau der Geschwulst und über die Beziehungen zu angeborenen Netzhautanomalien noch manche Unklarheiten bestehen, so kann doch mit Sicherheit die Angabe Deutschmanns widerlegt werden, daß Gliome vom Pigmentepithel ihren Ausgang nehmen.

Als Ursache der gar nicht so seltenen Pseudogliome kommen neben metastatischer Uveitis angeborene Persistenz der Tunica vasculosa lentis und Retinitis exsudativa (Coats) in Betracht.

Sitzung vom 27. März 1914.

Goebel: **Über einen Fall von Meningitis cerebrospinalis purulenta im Säuglingsalter, verursacht durch Bac. proteus, und über Bac. proteus als Krankheitserreger.** Bericht über einen im Herbst 1913 im Giselakinderspital beobachteten Fall von eitriger Zerebrospinalmeningitis, bei dem aus dem Lumbal- und Ventrikelpunktat als einziger Erreger ein Proteus gezüchtet werden konnte. Die Krankheit war schon am 9. Lebenstag auf voller Höhe, Exitus nach 14 Tagen. Fieberloser Verlauf mit Neigung zu Untertemperaturen. — Agglutination bis 1:60 mit dem pathogenen Stamm, nicht aber mit einem anderen. Keine Fadenreaktion. Im Ventrikel- und Lumbalpunktat reichlich Endothelien (von Mandelbaum bei tuberkulöser Meningitis bei Erwachsenen post mortem beschrieben) mit reichlich phagozytierten Proteusbazillen. Lumbalpunktat enthält gelösten veränderten Blutfarbstoff, Ventrikelpunktat nicht; im Lumbalpunktat starke Gerinnselbildung, im Ventrikelpunktat nicht. Spezifisches Gewicht des Lumbalpunktats 1018 gegen 1008 des Ventrikelpunktats. — Intra vitam wächst aus dem Blut reichlich Proteus. Genese unbekannt; keine Otitis, keine Rhinitis. Sektion ohne Besonderheit.

Sitzung vom 14. Juni 1914.

Hummel: **Über unsere Erfahrungen mit dem Friedmannschen Heil- und Schutzmittel.** Vortr. weist an der Hand der bisher veröffentlichten Arbeiten nach, daß die Meinungen über das Mittel noch nicht geklärt sind und daß es zudem oft mit pathogenen Bakterien verunreinigt ist. Er hat 14 Kinder, darunter 10 lungenkranke, mit dem Mittel injiziert. Nach ganz vorübergehender Besserung des einen oder anderen Symptoms verfielen die Kinder nach dem Verlauf von ca. 4 Monaten wieder in den alten Zustand, teilweise traten sogar Verschlechterungen auf. Vortr. kommt auf Grund seiner und vieler anderer Erfahrungen zu einer Ablehnung des Mittels und warnt vor allem vor einer Schutzimpfung.

Drachter: **Das Friedmannsche Tuberkulosemittel bei chirurgischer Tuberkulose.** Angewandt wurde das Friedmannsche Mittel in 34 Fällen chirurgischer Tuberkulose. Bedrohliche Zustände oder Schädigungen des Patienten wurden in keinem Falle beobachtet. Nur in einem Falle kam es zu einer Abszedierung an der Injektionsstelle, in 7 Fällen wurde wässerige Sekretion aus der Einstichöffnung konstatiert. Nach der Simultaninjektion trat nie Sekretion auf.

Bei wiederholter Untersuchung des Ampulleninhalts konnten im bakteriologischen Institut kulturell stets Begleitbakterien (meist Staphylokokken) nachgewiesen werden.

2 Fälle von Coxitis tbc. sind während der Behandlung gestorben; davon ein Fall an Basilarmeningitis tbc.; in dem anderen Falle war dem behandelnden Arzte eine sichere Diagnose nicht möglich. Daß das Mittel einen roborierenden Einfluß habe, konnte nicht bestätigt werden.

Heilungen oder Besserungen, die unzweideutig auf das Friedmannsche **Mittel zu beziehen gewesen wären, wurden nicht beobachtet.**

Für einige anscheinend spezifisch günstig beeinflußte Fälle ist zurzeit eine Erklärung noch nicht möglich.

Die Mitteilung weiterer Erfahrungen ist erwünscht.

Diskussion zu den Vorträgen Hummel-Drachter. Hopf berichtet über 12 Fälle aus dem Giselakinderspital. Nur einmalige Injektion in jedem Falle, 4mal gefolgt von intravenöser Injektion bei drohender Vereiterung des Infiltrats. Technik und Indikationsstellung genau nach Friedmanns Angaben. Beobachtungszeit ca. 4 Monate. 2 Todesfälle kamen vor, sind aber nicht dem Mittel zur Last zu legen: 1 Säugling mit $2^1/_2$ Monaten, an Miliartuberkulose erkrankt; ein 15monatliches Kind mit Ohr- und Lungentuberkulose, gestorben 7 Wochen nach der Injektion. Keine Schädigung der 10 überlebenden Kinder. Wenig oder nicht verändert wurde der Zustand bei drei Fällen von Knochen- und Hauttuberkulose, 1 Drüsenabszeß, 3 Fällen mit Phlyktäne. Anfängliche Besserung bei 2 operierten Ohrtuberkulosen und 1 Peritonitis tuberculosa; bei 2 von diesen 3 gebesserten Fällen machten sich aber floridere Lungenerscheinungen bemerkbar. 3 Spondylitiden zeigten bei gleichzeitiger Behandlung Besserungstendenz, doch erfolgte bei der einen der Einbruch des erkrankten Wirbels in den ersten Tagen nach der Injektion (Herdreaktion?). Ein Aufflammen chronischer Prozesse schien mit der Wirkung des Mittels verbunden zu sein.

Ibrahim: Da wir in keinem Falle die Injektionen wiederholt haben (abgesehen von der in einigen Fällen nachträglichen intravenösen Injektion) entsprach unser Vorgehen durchaus den neuesten Indikationen Friedmanns. Die Zeit ist zwar zu kurz, um definitiv zu urteilen, aber von einem generellen Umschwung des Befindens der Kinder zum Besseren war jedenfalls nicht die Rede. Mehrfach haben wir neue tuberkulöse Herde auftreten sehen. Der akute Einbruch eines kariösen Wirbelkörpers schien eine recht unerfreuliche Herdreaktion. Er schien uns, ebenso wie das Rasseln auf vorher stillen Lungenpartien, ein Zeichen spezifischer Einwirkung des Mittels auf tuberkulöse Herde. Wir hätten unsere Versuche wohl noch nicht abgebrochen, wenn nicht die Mitteilungen über den häufigen Gehalt des Mittels an pathogenen Keimen, die man doch bei Injektion in die Jugularvenen direkt ins Herz spritzt, uns jede weitere Anwendung verboten hätten. Solange keine staatliche Kontrolle hierfür besteht, kann man nur eindringlichst vor weiteren therapeutischen Versuchen mit dem Mittel warnen.

Drachter (Schlußwort): In einem Falle, der sich auf eine einmalige Injektion mit IV rot auffallend besserte, seit kurzem aber wieder etwas verschlimmert hat, ist eine nochmalige Injektion mit IV rot beabsichtigt.

Sitzung vom 10. Juli 1914.

Lange: **Die Notwendigkeit des Zusammenarbeitens der Pädiatrie mit der Orthopädie.** Vortr. führt die wichtigsten orthopädischen Erkrankungen in ihrem ersten Auftreten, ihrer Behandlung durch den Pädiater und durch den Orthopäden auf.

Der Beweis des notwendigen Zusammenarbeitens ist am schlagendsten an der Rachitis zu liefern, denn die Patienten kommen mit den schwersten rachitischen Verkrümmungen meist erst nach einer vom Pädiater eingeleiteten knochenfestigenden Behandlung in die Hände des Orthopäden. Es könnten durch gemeinsame therapeutische Maßnahmen viele blutige, nach dem 6. Lebensjahre unumgängliche Operationen und damit verbundene Narkosen vermieden werden, denn Deformitäten bei weichem Knochen ließen sich durch Schienen oder leichtere unblutige Operationen (Infraktion) beseitigen.

In gleicher Weise sei der rachitischen Verbiegung der Wirbelsäule von seiten der Herren Kinderärzte große Beachtung zu schenken, ganz besonders der rachitischen Kyphose, die als harmlos angesehen werde, weil sie angeblich nicht versteift. In bezug auf die seitliche Verbiegung regte Prof. Lange an, es möchte in den Merkblättern für Säuglingsfürsorge auf die Gefahr des Tragens auf dem Arm hingewiesen und für die Verbreitung von Korbgeflechtladen gesorgt werden. Die Fortschritte in der Beachtung der Skoliose kamen dann zur Besprechung, wobei die Tatsache festgestellt werden konnte, daß durch Überweisen von Skoliosen geringen Grades durch die Schulärzte eine bedeutend aussichtsreichere und leichtere Behandlung ermöglicht wird. Durch aktive und passive Gymnastik, Stahlkorsett und Gymnastik oder Gipskorsett ließen sich mit den neuesten Methoden gute Resultate erzielen. Für ebenso dringend hält Lange die frühzeitige Behandlung

der Poliomyelitis durch den Orthopäden, und zwar schon im Höhenstadium der Erkrankung durch die vollkommene Ruhigstellung der Wirbelsäule und damit des Rückenmarks. Dies hätte am besten durch ein Gipsbett zu geschehen, das natürlich auch durch den geschulten Pädiater hergestellt werden könne. Weiterhin käme die Verhütung von Kontrakturen in Betracht. Der genauen Untersuchung durch Kitzeln mit einer Nadel zur Feststellung, welche Muskeln gelähmt sind, habe eine Nachtschienenbehandlung zu folgen zur Verhütung der Überdehnung der geschädigten Muskeln. Ganz besondere Beachtung verdiene die Tensor-fasciae-Kontraktur (charakteristische Beugestellung im Hüftgelenk), deren Beginn oft unbemerkt bleibe, und häufig die Ursache dafür darstelle, daß die Kinder nicht gehen lernen. Zur Verhütung der Kontraktur käme wiederum ein Gipsbett mit Beinlade in Frage, um das Bein in Adduktion und Überstreckung zu halten.

Zum Schluß kam die Frage der Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose zur Erörterung, die speziell durch die Erfolge Rolliers in Leysin in neue Bahnen geleitet ist. Grundprinzip der Sonnenbehandlung sei die höchstens 2 Stunden am Tage währende Bestrahlung in einer erfrischenden, ja rauhen Bergluft. Ein Erfordernis bestehe in der Betätigung von tüchtigen Orthopäden, die einen wirklich guten Gehgips anzufertigen vermögen und gleichzeitig Sonnenbehandlung durchführen können. Dadurch ließen sich wohl noch bessere Resultate erzielen, als in Rolliers Sanatorien; denn die Erfolge durch Gehgips- und Apparatbehandlung ohne Sonne könnten sich neben denen von Rollier wohl sehen lassen.

In dieser Beziehung, in der Errichtung von Freilichtinstituten in unseren bayerischen Bergen wäre ein gemeinsames Arbeiten von Pädiater und Orthopäden von großer Zukunft.

Aus anderen Vereinen und Versammlungen.

Eisenstadt und Guradze: **Zahl und häufigste Krankheiten der Kinder der mittleren Postbeamten.** In Fortführung früherer ergebnisreicher Untersuchungen haben die Vortragenden eine in den Jahren 1907—1909 stattgehabte Erhebung sozialstatistisch verarbeitet, die der „Verband mittlerer Reichs-Post- und -Telegraphenbeamten" unter seinen etwa 40000 Mitgliedern als Grundlage für die eventuelle Begründung einer eigenen Krankenkasse durchführte. In dieser Beamtenkategorie hat ein Geburtenrückgang stattgefunden, der den allgemeinen noch bei weitem übersteigt. Die durchschnittliche Kinderzahl beträgt für den verheirateten Beamten 1,62—1,77. Das Kinderdefizit, das fehlt, um nur die Zahl der Eltern konstant zu erhalten, ist rund 6000 Kinder. Vorläufig wäre es vielleicht noch möglich, durch Gewährung reichlicher Kinderzulagen das Defizit zu decken aus den konzeptionsfähigen, aber nicht konzeptionswilligen Ehefrauen. Deren Zahl aber — und das ist ein besonders wichtiges Ergebnis! — nimmt andauernd ab. Aus der genauen Analyse der verschiedenen Altersklassen geht hervor, daß die Ehen mit erhaltener Konzeptionsfähigkeit immer noch durchschnittlich 2,7 Kinder liefern, trotz der modernen Propaganda für Konzeptionsverhütungsmittel. Diese tragen mithin nicht, wie heute häufig behauptet wird, den Löwenanteil am Geburtenrückgang! Wesentlich ist vielmehr, daß im Gefolge der Gonorrhoe und mannigfacher anderen Ursachen Ehen von vornherein steril sind oder späterhin steril werden; diese Quote aber beständig wächst. Was die häufigsten Krankheiten der Beamtenkinder anlangt, so war deren Eruierung möglich wenigstens für schwere oder langdauernde Leiden, da auf der Zählkarte jeder Beamte Erläuterungen geben sollte, sobald die Arztkosten 100 Mk. im Jahre übersteigen. Es ergab sich auf 1000 Familien 72 längere Kinderkrankheitsfälle (gegen 123 der Ehefrauen) in 3 Jahren. Die Hauptrolle spielen die typischen „Kinderkrankheiten" Masern, Scharlach, Diphtherie; diese Gruppe macht etwa 18% aus. Dann Hals-, Nasen-, Ohrenleiden mit etwa 16%. Da diese besonders stark in Einkinderehen vorkommen, so beruhen sie vielleicht auf minderwertiger Konstitution. Auffällig ist die hohe Zahl der „Unfälle" (etwa 6%) der Gesamtzahl! Die interessanteste Frage ist die, wieviele der Kinder körperlich schlechter als ihre Eltern ausfallen, so daß z. B. die Söhne den väterlichen Beruf nicht ergreifen könnten. Mindestens trifft das für etwa 16% der Kinder zu (Nervenleiden, Verkrümmungen, Tuberkulosen, Hüftgelenkerkrankungen), die also „eine somatische Verschlechterung im

Sinne Grotjahns gegenüber ihren Vätern zeigen". Ob auch gegenüber den Müttern, oder ob die Entartung von dieser her ererbt ist, bleibt unbekannt, da diese ja nicht durch die drei Kontrollen der Aufnahmeuntersuchung in den Postdienst, in Lebensversicherung und in Heeresdienst gelaufen sind! Diese degenerierten Kinder sind von der Geburtenziffer eigentlich noch abzuziehen, da sie ja für den Ersatz ihrer Eltern nicht in Betracht kommen oder doch nicht kommen sollten. Zu exakten Untersuchungen wäre die Anlegung von Familienbüchern (durch die Behörde oder besser noch durch den Verband und dessen Vertrauensarzt) nötig, in die seitens der Standesbeamten und der behandelnden Ärzte präzise Angaben eingetragen werden. In der Gruppe der „Dreikindehen" fordern die infektiösen Kinderkrankheiten am meisten Opfer, Hals-, Nasen-, Ohrenleiden, Typhus und Influenza hingegen in den Einkind- und Zweikindehen. Wahrscheinlich, weil diese konstitutionell schlechter dastehen, als die Drei- und Mehrkinder. Bei den Infektionskrankheiten spielt aber die Konstitution keine so wichtige Rolle gegenüber der erhöhten Ansteckungsgelegenheit. Gegenüber Unfällen sind die einzigen Kinder besser geschützt, weil besser beaufsichtigt. Beim Tode des Vaters, der durchschnittlich schon zwischen 35 und 40 Jahren erfolgt (ein Hinweis auf das Aufreibende dieses Berufes trotz der gesundheitlichen Auslese der Beamten!), ist $^1/_5$ der Witwen kinderlos; von den anderen besitzt jede durchschnittlich 1,9 Kinder. Also ausgesprochenes Zweikindersystem! Zu dessen Bekämpfung verlangte schon der letzte Verbandstag dieser Beamten ausgiebige Erziehungsbeihilfen. (Ges. f. soz. M., Hyg. u. Med.-Statist. Berlin, 11. XII. 13.)

Freise: **Pathogenese der Barlowschen Krankheit.** Ein Fall von Barlowscher Krankheit wurde dadurch behandelt, daß neben der bis dahin gegebenen unzureichenden, unzweckmäßigen, schädlichen und als ätiologischer Faktor allein in Betracht kommenden Mehlkost alkoholischer Extrakt aus Futterrübe dargereicht wurde. Die Symptome der Barlowschen Krankheit besserten sich auffallend und schnell. Der Zusammenhang der Barlowsymptome mit dem Mangel solcher alkohollöslicher vegetabilischer Stoffe in der Nahrung ging darum um so deutlicher hervor, weil die zugeführte Nahrung auch jetzt noch ungenügend eiweiß-, fett- und kalkarm war. Auch rachitische Symptome gingen in dem besprochenen Falle anscheinend zurück. Vielleicht gibt es enge ätiologische Beziehungen unbekannter Nahrungsbestandteile zu anderen Wachstumskrankheiten.

Dünzelmann: **Salvarsantherapie der kongenitalen Lues.** a) 10 Kinder, die 19—27 Monate in Beobachtung stehen. Die meisten bekamen mehrere Salvarsaninjektionen und zu gleicher Zeit Protojoduret. Neun entwickelten sich gut und sind ohne Rezidive. Bei 7 davon konnte die Wa.R. gemacht werden, und sie war negativ. Ein Kind, das nicht intensiv genug behandelt wurde, scheint imbezill zu sein und zeigt eine positive Wa.R. b) 7 Kinder, die 15—20 Monate in Beobachtung stehen. Sie wurden mit Neosalvarsan behandelt. Allen geht es gut. Bei 5 ist die Wa.R. negativ, bei 2 zweifelhaft. c) 7 poliklinische, nur mit Neosalvarsan, aber sehr intensiv behandelte Kinder. Erfolg sehr gut. Wa.R. bei allen negativ. d) 12 Kinder, die noch in Behandlung stehen. Sie werden möglichst intensiv, d. h. mit zahlreichen kleinen, aber auf einen kurzen Zeitraum zusammengedrängten Injektionen behandelt. Nebenerscheinungen wurden sogut wie nie beobachtet. Erbrechen und schleimige Stühle traten wohl ab und zu auf, verschwanden aber schon nach zwei bis drei Tagen wieder, ohne daß die Nahrung länger als 6—8 Stunden ausgesetzt wurde. Die Wa.R. ist in ihren Abstufungen sehr wohl als Gradmesser für die Therapie zu verwerten. Bei Stellung der Diagnose Vorsicht bei schwachen Reaktionen! — Salvarsan, bzw. Neosalvarsan werden ihren Platz in der antiluetischen Therapie behaupten; sie scheinen bessere Erfolge zu versprechen wie die Hg-Therapie, doch muß hier noch ein größeres und über Jahre fortgeführtes Beobachtungsmaterial vorliegen. Es muß untersucht werden, ob die nur mit Neosalvarsan behandelten Kinder sich auch später anders verhalten als die Hg-Kinder.

Thiemich: **Hirschsprungsche Krankheit.** $4^1/_2$jähriges Mädchen, das bis vor 10 Monaten keine Verdauungsstörungen hatte. Dann setzte die Stuhlentleerung aus, und es kam in der Folge nur zeitweise zu Entleerungen. Dabei nahm der Leib an Umfang zu, und es traten auch von außen sichtbare peristaltische Bewegungen auf. Bei der klinischen Untersuchung konnte der Mechanismus der Störungen nicht restlos aufgeklärt werden. Eine Stenose war jedenfalls nicht vorhanden. Dagegen ließ sich in der rechten Bauchseite röntgenologisch eine

weite, sich ins kleine Becken erstreckende Ampulle feststellen. Es handelt sich um eine Erweiterung des absteigenden Schenkels des Colon sigmoideum, die anscheinend nicht angeboren, sondern erworben war. Irgendwelche prädisponierende Momente ließen sich nicht eruieren. Der Allgemeinzustand des Kindes ist ein guter. Therapeutisch werden sich die Störungen wahrscheinlich beeinflussen lassen dadurch, daß Kotstauungen verhindert werden. Dazu kommen Sondierungen und Seitenlage in Betracht, während Abführmittel wegen der Gefahr zu starker Peristaltik zu vermeiden sind.

(Med. Gesellschaft, Leipzig, 16. XII. 13.)

B. Baisch: **Arthritis deformans coxae juvenilis.** An der Chirurgischen Klinik zu Heidelberg wurden in den letzten zwei Jahren 7 Fälle der genannten Erkrankung beobachtet, von denen Vortr. 3 vorstellt. Alle 7 Fälle sind Knaben von 5—13 Jahren. Bei allen, besonders den demonstrierten, sind die charakteristischen Symptome des Krankheitsbildes deutlich: der hinkende, aber schmerzlose Gang, positives Trendelenburgsches Phänomen, keine wesentliche Verkürzung, bei der Beweglichkeitsprüfung freie Flexion und Extension, stark behinderte Abduktion und Innenrotation. Die Röntgenaufnahmen zeigen ebenfalls die charakteristischen Veränderungen der Femurepiphyse; herdweise Aufhellung der Knochensubstanz, so daß die Epiphyse in mehrere Teile zerfallen aussehen kann, gleichzeitig damit starke Deformierung in die Breite. Vortr. schließt sich in seiner Auffassung der Ansicht von Perthes, Levy u. a. an, daß dieses Krankheitsbild ein für sich bestehendes sei und von der Arthritis deformans der Erwachsenen zu trennen sei. Es würde daher nach dem Vorschlag von Perthes besser der Name Osteochondritis deformans dafür gebraucht. Bezüglich der Ätiologie vertritt Vortr. die Anschauung, daß es sich um eine bakterielle, entzündliche Genese handelt, da in 2 Fällen, bei denen die Erkrankung noch frisch war, die Antistaphylolysinreaktion positiv war. Der negative Ausfall in 3 anderen Fällen ließ sich so erklären, daß der Beginn der Erkrankung zu weit zurückliegt, der Prozeß also schon abgelaufen war. Da alle Fälle, die längere Zeit beobachtet worden waren, einen günstigen Verlauf nahmen, tritt Vortr. für eine konservative Behandlung ein, bei der Solbäder und Bewegungstherapie mehr leisten als Fixation.

(Naturhistor.-mediz. Verein, Heidelberg, 2. XII. 1913.)

III. Neue Bücher.

H. Lehndorff. **Kurzes Lehrbuch der Kinderkrankheiten.** Wien und Leipzig, J. Šafář. Preis: Mk. 6.60.

Von Nil Filatows gleichnamigem Werke, dessen 2. Auflage vorliegendes Werk darstellen soll, ist eigentlich nicht viel mehr übrig geblieben, als die Tendenz, das Gebiet der Kinderheilkunde ganz kurz zu besprechen und nur das Notwendigste zur Darstellung zu bringen, damit der Student und der Praktiker sich rasch über alles Wichtige orientieren könne. Der Inhalt des vor 20 Jahren erschienenen Filatowschen Buches mußte naturgemäß von Grund auf umgearbeitet werden, und das hat Lehndorff in sehr geschickter und gewissenhafter Weise getan, so daß dies Lehrbuch für die Zwecke, für die es geschrieben ist, sich als durchaus geeignet erweist. Grätzer.

L. Brauer. **Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung.** Würzburg, Verlag von C. Kabitzsch.

Heft 3 des III. Bandes enthält: „Der Einfluß der Immunitätsforschung auf die Lehre von der Arteigenheit, der Verdauung und der Assimilation", von Hamburger, „Blutungen bei Scharlach" von Klimenko, „Die Partialantigene der Staphylokokken", von Strubell-Böhme, „Die natürliche und künstliche Diphtherieantitoxinbildung beim Menschen", von Kleinschmidt und „Tumorextraktbehandlung und deren Ergebnisse", von Lunckenbein. Grätzer.

Inauguraldissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

Berge, O., Behandlung der Melaena neonatorum vera mittels Gelatine (Marburg). — **Bühner, E.,** Hydramnion in Verbindung mit Hydrops foetus (München). — **Bundschuh, G.,** Über den angeborenen doppelseitigen Hochstand der Skapula

(Gießen). — **Deutsch, G.**, Die Milchsekretion der Wöchnerinnen und die Ernährung der Neugeborenen in den ersten Lebenstagen (Gießen). — **Eckhard, H.**, Über den Tod und Scheintod der Neugeborenen (München). — **Eunicke, K. W.**, Hat trotz antiseptischer Durchführung der Säuglingspflege das Wochenbettfieber der Mutter Einfluß auf das Gedeihen des Brustkindes? (Gießen). — **Ewers, Th.**, Fall von kongenitalem Defekt der Gallenblase (Gießen). — **Forst, A. W.**, Über kongenitale Varizen. Verblutung aus einem kongenitalen Varixknoten der Vena jugularis (München). — **Gramberg, H.**, Fall von Atresia congenita et Communicatio ani cum parte prostatica urethrae, complicata cum Atresia urethrae congenita (Marburg). — **Gutstein, M.**, Histologische Untersuchungen über die Muskulatur der rachitischen Kinder (Berlin). — **Hopf, F.**, Statistische Untersuchungen über die Resultate der Säuglingsabteilung der Münchener Kinderklinik (München). — **Hütwohl, Ottilie**, Über das Vorkommen von Ikterus bei Kindern (München). — **Landgraf, W.**, Intrakranielle Blutungen bei Neugeborenen mit besonderer Berücksichtigung der Blutmenge infolge von Tentoriumzerreißungen (Marburg). — **Linzenmeier, G.** (Habilit.-Schrift), Der Verschluß des Ductus Botalli nach der Geburt (Kiel). — **Ochs, K.**, Über das Keratoma palmare et plantare hereditarium (Bonn). — **Pröhl, Fr.**, Kuhpockeninfektion beim Menschen (Jena). — **Reinold, K.**, Tuberkulose im frühesten Kindesalter (Tübingen). — **Sawidowitsch, W.**, Einfluß von Ernährung und Krankheiten auf das Wachstum des Gehirns im ersten Lebensjahre (Berlin). — **v. Scheven, R.**, Beitrag zur Frage der Erblichkeit der Tuberkulose (Bonn). — **Schütt, G.**, Über die Temperaturverhältnisse bei Neugeborenen (Gießen). — **Schule, R.**, Nabelschnurbruch bei Neugeborenen (Bonn). — **Steng, H.**, Milch brünstiger Kühe als Kindermilch (Tübingen). — **Thomas, G.**, Über den kongenitalen ossären Schiefhals (Kiel). — **Trapp, B.**, Die in den Jahren 1907—1912 in der Kgl. chirurgischen Klinik in Berlin gesammelten Erfahrungen über die angeborene Hüftverrenkung (Berlin). — **Tsukamota, M.**, Das Kasein im Stuhl gesunder und kranker Säuglinge (München). — **Vollhardt, W.**, Bedeutung neuerer Methoden zur Unterscheidung mütterlichen und fötalen Blutes für die gerichtliche Medizin (Kiel). — **Wasner, M.**, Psychosen auf dem Boden der angeborenen geistigen Schwächezustände (Greifswald).

IV. Monats-Chronik.

Berlin. Das Problem der Bekämpfung des Geburtenrückgangs und Kindersterblichkeit ist unter dem Zwange des Krieges gefördert worden: auf Veranlassung des Bundes für Mutterschutz hat der Reichstag beschlossen, die unehelichen Kinder, bei denen die Verpflichtung des Vaters zur Alimentierung festgestellt ist, der Kriegsunterstützung teilhaftig werden zu lassen. Der weiteren Forderung des Bundes für Mutterschutz, die Kinder auch in die Hinterbliebenenfürsorge mit einzubeziehen, wird hoffentlich auch noch Folge gegeben werden. Das bisher geübte Verfahren, die unehelichen Kinder die Sünden der Väter entgelten zu lassen, dürfte in gegenwärtiger Zeit nichts weniger als angebracht sein: die Erhaltung eines starken männlichen Nachwuchses — so begründete unlängst ein Richter ein Urteil in einem Abtreibungsprozeß — ist gerade jetzt eine der wichtigsten nationalen Aufgaben.

Berlin-Niederschönhausen. Der Fürsorgeverein für hilflose jüdische Kinder hat hier ein Säuglingsheim unter Leitung von San.-Rat Levy errichtet.

Stuttgart. Zur wirksameren Bekämpfung der Infektionskrankheiten sind in den hiesigen Krankenhäusern eigene Abteilungen für Masern, Scharlach, Diphtherie und Keuchhusten bereitgestellt; ferner werden magendarmkranke Säuglinge und erholungsbedürftige Schulkinder in besonderen Heimen beraten.

München. Die Priv.-Doz. Uffenheimer und v. Baeyer zu a. o. Proff. ernannt. — Die Nährmittelfabrik München in Pasing, welche die Soxhletschen Nährmittel herstellt, ist gelegentlich der Ausstellung in Malmö schwedischerseits mit der „Königlichen Medaille“ ausgezeichnet worden.

Karlsbad. Der vom Primararzt am Kaiser-Franz-Josef-Hospital Dr. Fink v. Finkenheim gestiftete Kinder- und Frauenpavillon ist fertiggestellt.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

20. Jahrgang. April 1915. Nr. 4.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Katzenellenbogen, M., Untersuchungen über den Blutkalkgehalt bei Kindern nach der Wrightschen Methode. (Zschr. f. Kindhlk. 8. 1913. S. 187—204.) Bei den meisten Kindern verschiedenen Alters hat Verf. im Gegensatz zu Neurath (s. Ref. diese Zeitschrift Bd. 1. S. 111) den gleichen Blutkalkgehalt, entsprechend der Ammoniumoxalatlösung 1 : 1800 gefunden. Die Neugeborenen haben einen geringeren Gehalt an oxalatfällbarem Kalke erwiesen als die älteren Kinder. Bei der natürlichen und künstlichen Ernährung kein bedeutender Unterschied beobachtet. Bei kalkarmer Kost wurde in 2 Fällen ein geringerer Blutkalkgehalt gefunden, als bei kalkreicher. Bei Zufuhr von Kalksalzen per os wurde meist keine Vermehrung, in einigen Fällen dagegen eine Verminderung des Blutkalkgehaltes konstatiert. Rachitis war ohne Einfluß auf die Befunde. Bei den spasmophilen Kindern wurde keine Vermehrung, eher eine Tendenz zur Verminderung nachgewiesen. Aus alledem scheint hervorzugehen, daß, vielleicht mit Ausnahme der Tetanie, das Blut der Kinder im großen und ganzen ein Gleichgewicht an oxalatfällbarem Kalke bei verschiedener Ernährung und Rachitis bewahrt. Schick.

Trumpp, Zur Diagnostik und Therapie der Oxyuriasis. (Zschr. f. Kindhlk. 8. 1913. S. 205—223.) Aus klinischen Symptomen (Blässe des Gesichts, umränderte Augen, stark erweiterte Pupillen, Pulsarhythmie, wechselnder Appetit, gelegentliches Übelsein und Erbrechen, Kitzeln in der Nase, am Anus, an den Genitalien usw.) kann man Helminthiasis wohl vermuten, muß aber die Diagnose noch durch Nachweis der Parasiten erhärten. Dieser Nachweis ist namentlich bei Oxyuren schwierig. Insbesondere beweist der negative Befund nicht, daß der Darm frei von Parasiten ist. Wichtig erscheint die Beobachtung, daß der Oxyuris durch Wasser ausgelaugt wird und dadurch schlecht sichtbar ist. Man muß daher den Stuhl nach Probeklistieren möglichst bald untersuchen. Nachweis von einzelnen Oxyureneiern beweist noch nicht, daß der Träger oxyurenkrank ist. Dazu gehört noch eine individuelle Disposition. Verf. konnte nachweisen, daß das Serum eines Oxyurenträgers mit Oxyurenextrakt eine ziemlich beträchtliche Komplementbindung zustande bringt, im Normalserum fehlt eine solche. Bei 19 Oxyurenträgern wurde versucht, durch Einreibung von Oxyurenpulver eine Hautreaktion auszulösen, in 15 Fällen fiel die Reaktion positiv aus. Wegen Materialmangel (zu 1 g Salbe

benötigt man 100 Oxyuren) mußte Verf. die Versuche unterbrechen. Von einer sicheren Therapie kann man nicht sprechen. Schick.

Arvo Ylppö, Der isoelektrische Punkt des Menschen-, Kuh-, Ziegen-, Hunde- und Meerschweinchenmilchkaseins. (Zschr. f. Kindhlk. 8. 1913. S. 224—234.) Als den isoelektrischen Punkt eines Eiweißkörpers bezeichnet man diejenige Wasserstoffionenkonzentration, bei der das Eiweiß isoelektrisch ist, d. h. die elektrische Ladung gleich Null ist, wo also das Eiweiß bei kataphoretischen Überführungsversuchen weder anodisch noch kathodisch wandert (Michaelis). Michaelis hat nachgewiesen, daß der isoelektrische Punkt der kolloidalen Ampholyte und auch das Kuhkasein mit dem Flockungsoptimum der betreffenden Ampholyte zusammenfällt. Das vereinfacht die Methodik. Man bestimmt das Flockungsoptimum und bestimmt in diesem elektrometrisch durch die Gaskettenmethode die Wasserstoffionen.

Die Versuche ergeben, daß Ziegen-, Hunde-, Kuh- und wahrscheinlich auch Meerschweinchenkasein dasselbe Ausflockungsoptimum und damit denselben isoelektrischen Punkt zeigen. Alle diese Kaseine zeigen auch eine ganz gleiche Asymmetrie der Flockungsreihen nach rechts. Das Frauenmilchkasein zeigt eine Asymmetrie nach links, und sein isoelektrischer Punkt liegt in höherer Wasserstoffionenkonzentration. Das Frauenmilchkasein hat daher einen stärkeren Säurecharakter. Schick.

I. Indell, Untersuchungen über den Stoffwechsel bei der Dyspepsie und der alimentären Intoxikation. (Zschr. f. Kindhlk. 8. 1913. S. 235—290.) Diese klinisch schon unterschiedenen Krankheitsbilder unterscheiden sich sehr scharf durch Verschiedenheiten im Stoffwechsel. Bei der Dyspepsie besteht kein Zerfall von Körpergeweben. Das Verhalten des Stickstoff- und des Mineralstoffwechsels gestattet im Gegenteil anzunehmen, daß das Körperwachstum während der Krankheit unbehindert fortgeht, und zwar auch, wenn das Körpergewicht ganz stillsteht oder sogar absinkt. (Der Gewinn an Körpersubstanz wird dabei hauptsächlich durch Wasserverlust gedeckt.) Die Resorption der meisten Nahrungsbestandteile, besonders diejenige des Stickstoffes, des Fettes, der Gesamtasche und des Kaliums ist bei der Dyspepsie mehr weniger herabgesetzt. Die verminderte Resorption des Stickstoffes und auch einzelner Aschenbestandteile scheint dabei, wenigstens ab und zu, durch eine verstärkte Retention kompensiert zu werden, so daß die Ausnutzung der zum Körperaufbau nötigen Bestandteile recht wenig beeinträchtigt wird. Die Krankheitsprozesse bei der Dyspepsie sind also hauptsächlich örtlicher Natur, auf den Magendarmkanal beschränkt; die Ernährungsprozesse jenseits des Darmkanals sind dabei nicht oder kaum gestört.

Ganz anders gestalten sich die Verhältnisse bei der alimentären Intoxikation. Es besteht dabei während des Höhestadiums der Krankheit ein Zerfall von Körpergewebe, der sich durch stark negative Stickstoff- und Mineralbilanzen kundgibt. Nur Kalzium und Phosphorsäure zeigen normale positive Bilanzen, alles andere gerät in Verlust. Bei schweren Intoxikationen wird schon aus dem Darm mehr Gesamt-

asche, Kalium, Natrium und Chlor (die 3 letztgenannten Stoffe schon bei weniger schweren Fällen) ausgeschieden, als mit der Nahrung zugeführt wird. Eine bei der Intoxikation eventuell vorhandene positive N-Bilanz ist nicht einem Aufbau von Körpergewebe, sondern einer abnormen Retention zuzuschreiben. Die Intensität der Stoffwechselstörung bei der Intoxikation geht parallel mit der Schwere des gesamten Krankheitsbildes. Schick.

Erwin Thomas, Zur Biologie der Kolostrumkörperchen. (Zschr. f. Kindhlk. 8. 1913. S. 291—297.) Sowohl die polymorphkernigen als die mononukleären Kolostralzellen, darunter auch die epithelähnlichen Corps granuleux, besitzen eine erhebliche phagozytäre Fähigkeit gegenüber verschiedenen pathogenen Bakterien. Dies läßt eine epitheliale Abkunft irgendwelcher Kolostralzellen ausgeschlossen erscheinen. Beide Zellarten besitzen fast dieselbe phagozytäre Fähigkeit im Gegensatz zum Blut, wo die reinen Mononukleären eine erheblich geringere Preßfähigkeit besitzen. Schick.

Henryka Rozenblat, Beiträge zur Frage der kutanen Tuberkulinreaktion bei Kindern. (Zschr. f. Kindhlk. 8. 1913. S. 298 bis 311.) Die einmal angestellte Pirquetsche Reaktion ist in den meisten Fällen unzuverlässig, denn es gibt auch aktive Tuberkulosen, die erst auf eine Wiederholung derselben resp. auf eine intrakutane Probe positiv reagieren. Die kutanen Tuberkulinreaktionen können auch in sicher tuberkulösen Fällen negativ ausfallen. Die quantitativen Intrakutanproben sind für die Beurteilung verschiedener Formen und Stadien des tuberkulösen Prozesses nicht verwertbar. Ebensowenig maßgebend ist in dieser Hinsicht der Verlauf der Sensibilisierung resp. der Angewöhnung dem kutan applizierten Tuberkulin gegenüber.

Nach unseren Erfahrungen (Ref.) ist der erste Satz nicht richtig. Das Wort „meisten" ist durch „manchen" zu ersetzen. Verf. hat in der Gruppe der klinisch tuberkulösen Fälle bei 54 Fällen 23mal die Pirquetsche Probe nicht gemacht. Unter den restlichen 31 Fällen ist nur 4mal Pirquet negativ. Schick.

M. Katzenstein (Berlin), Die Gerbung der Bänder zur Heilung des Plattfußes und anderer Knochendeformitäten.[1]) (D. m. W. 1914 Nr. 30.) Wir können sagen, daß die Elastizität und elastische Vollkommenheit der Gelenkbänder normalerweise variiert je nach dem Alter und der Belastung der Bänder und daß sie in pathologischen Fällen bedeutend herabgesetzt sein kann. Es gibt Individuen, bei denen alle Bänder des Körpers verhältnismäßig schlaff und wenig elastisch sind. Es sind die Menschen, die Enteroptosen, Skoliosen, Plattfüße, Kiefermißbildungen zeigen, und Verf. meint, daß man in solchen Fällen durch eine entsprechende Beeinflussung der am meisten belasteten Bänder eine kausale Therapie einzuschlagen versuchen sollte.

Unsere therapeutischen Bestrebungen müssen dahin gerichtet sein, die jeweilig überdehnten und schwachen Bänder wieder in ihre normale Verfassung zu bringen. Aus der Erfahrung heraus, daß Gewebe, die

[1]) Vortrag in der Berlin. Ges. f. Chir. am 9. III. 1914. (Diskussion in den Vereinsberichten dieser Nummer.)

wir dem Körper entnommen haben, in Formalin außerordentlich hart und fest werden, hat Verf. versucht, durch Formalineinspritzungen derartig überdehnte Bänder fester zu machen. Verf. hat also bei den Fällen von Plattknickfuß, bei denen das Ligamentum tibionaviculare überdehnt ist, $^1/_2$—1 ccm 4 $^0/_0$igen Formalins in das Band unter Lokalanästhesie eingespritzt. Danach hat Verf. in redressierter Stellung einen Gipsverband angelegt, um die Bänder zu verkürzen, und wenn er diesen nach 3—4 Wochen abnahm, waren die Bänder außerordentlich fest geworden.

Verf. meint, daß die Lehre von der Entstehung der Knochendeformitäten durch falsche Belastung, wie sie Julius Wolff gegeben hat, doch vielleicht etwas zu einseitig aufgefaßt worden ist. Denn die erste Ursache einer solchen falschen Belastung muß eine mangelhafte Festigkeit der Bänder sein. Erst wenn die Bänder schlaff werden, kann die falsche Belastung eintreten, die ihrerseits die Knochendeformitäten zur Folge hat. Und Verf. glaubt, wenn wir unser Augenmerk rechtzeitig auf diese mangelnde Elastizität der Bänder richten, so werden wir imstande sein, die Entstehung solcher Deformitäten zu verhüten und die Operationen, die später deswegen vorgenommen werden, zu vermeiden. Vor allen Dingen aber werden wir durch die vorgeschlagene Beeinflussung der Elastizität der Bänder eine Heilung der Zustände im anderen Sinne erzielen, als es bisher geschehen ist.

Die bisherige Behandlung z. B. des Plattfußes war rein symptomatisch, und vor allem wurde das Individuum abhängig von der Güte und Beschaffenheit eines Apparates. Die vorgeschlagene Gerbung der Bänder dagegen stellt eine kausale Therapie dar und soll die Kranken befähigen, mit festen Bändern ohne Apparat zu gehen.

Grätzer.

Margarete Wilhelm, Ein Beitrag zu den nervösen Äquivalenten im Säuglingsalter. (Aus dem Gemeinde-Säuglingskrankenhause in Berlin-Weißensee.) (Ebenda.) Ein Säugling leidet monatelang an unstillbarem Erbrechen. Er bekommt eine Nasendiphtherie — das Erbrechen sistiert, solange diese Affektion besteht. Dann setzt es wieder ein, um abermals zu sistieren, als das Kind von einer Bronchopneumonie befallen wird. Bei der Obduktion findet sich keine anatomische Anomalie.

Wie aber hat sich das gewohnheitsmäßige Erbrechen herausgebildet, wenn keine anatomische Anomalie des Magens besteht? Daß für das in den ersten Lebensmonaten eingetretene Erbrechen zuerst eine Ernährungsstörung die Ursache war, ist nicht anzunehmen, sondern als erwiesen zu betrachten. Aus der sehr mangelhaften Anamnese können wir ersehen, daß das Kind, das nach Aussage der Mutter bei seiner Geburt „voll und rund“ war, von einer späteren, nicht genau bekannten Zeit ab erbrach und nicht vorwärts kommen wollte, im Gegenteil abnahm und bei der Einlieferung ins Krankenhaus weniger als sein Geburtsgewicht aufwies. Außerdem ist das Erbrechen an und für sich — da keine nachweisbare Pylorusstenose vorhanden war — als ein Beweis für eine einmal vorhandene Ernährungsstörung anzusehen. Die Berührung der Speisen mit der gesunden Magenschleimhaut löst sekretorische und gewisse motorische Tätigkeiten des Magens

aus, die darauf gerichtet sind, zuerst Magensaft zu sezernieren und dann den produzierten Magensaft mit den eingeführten Speisen zu vermischen; es werden unbedingte sekretorische und motorische Reflexe ausgelöst, „unvermeidliche Folgen gewisser Reize unter beliebigen Bedingungen". (Pawlow, Krasnogorski.) Ebenso als unbedingter Reiz wirkt auf die erkrankte Magenschleimhaut die Berührung mit zugeführten Speisen; es werden motorische Reflexe ausgelöst, die antiperistaltische Magenbewegungen verursachen und die zugeführten Speisen auf umgekehrtem Wege möglichst rasch wieder aus dem Magen hinausbefördern und die überempfindliche Magenschleimhaut von der ihr unangenehmen Berührung befreien.

Nach Pawlows Versuchen an Hunden und Krasnogorskis Experimenten mit Kindern kann aber jeder unbedingte Reflex in einen bedingten verwandelt werden, „indem irgendein indifferenter Reiz zeitlich einige Male mit einem unbedingten Reiz und der dadurch hervorgerufenen reflektorischen Tätigkeit zusammentrifft". Für die Pawlowschen Hunde z. B. wurde das Geräusch eines Metronoms dadurch zum bedingten Reiz, die Sekretion des Magensaftes zum bedingten Reflex, daß das Metronomgeräusch zeitlich einige Male mit dem Füttern zusammenfiel. Bei Krasnogorskis Versuchen wurde die Mundbewegung des Versuchskindes zum bedingten Reflex, das Metronomgeräusch zum bedingten Reiz dadurch, daß eine Schokoladegabe eine Zeitlang immer mit dem Metronomgeräusch verabreicht wurde. Die Tätigkeit der Speicheldrüsen bei den Hunden und das Mundöffnen der Kinder wurden mit dem indifferenten Reize „Metronomgeräusch" in zeitlichen Zusammenhang gebracht.

Ebenso ruft schließlich schon allein der Anblick einer anwidernden Substanz die ein- oder einige Male durch direkte Reizung der Mundschleimhaut mittels dieser Substanz hervorgebrachte Speichelsekretion hervor.

Übertragen wir diese Erfahrungen auf vorliegenden Fall, so kann ganz wohl bis zu dem Moment, da die Magenschleimhaut wieder gesundet und ihre Überempfindlichkeit, die das erste und die folgenden Male Erbrechen auslöste, geschwunden ist, der unbedingte Reflex zu einem bedingten geworden sein, indem das Anfüllen des Magens, das Saugen oder gar der bloße Anblick der Flasche, irgendein indifferenter Reiz zu einem bedingten, antiperistaltische Bewegungen auslösenden geworden ist, denn: „Das erste charakteristische Merkmal der bedingten Reflexe bei Kindern ist die außerordentliche Schnelligkeit der Bildung"; doch ist die Bildung der bedingten Reflexe ebenso wie das Erlöschen der einmal gebildeten bedingten Reflexe „bei verschiedenen Kindern verschieden". Krasnogorski fand, daß sie bei normalen Kindern ebenso leicht erlöschen, wie sie entstehen; daß sie bei manchen neuropathischen schwer entstehen und dabei äußerst leicht erlöschen, bei anderen wieder sehr leicht entstehen und schwer erlöschen; bei normalen Kindern braucht also der indifferente Reiz nur kurze Zeit mit dem unbedingten zusammenzufallen, um ein bedingter zu werden und einen bedingten Reflex auszulösen. Der bedingte Reflex aber wird auch sehr bald erlöschen, wenn der indifferente Reiz nur wenige Male ohne den unbedingten gewirkt hat.

Das Erlöschen ist in diesem Falle von der längeren oder kürzeren Abwesenheit des direkten Reizes abhängig. Es kann aber auch dadurch bedingt werden, daß zu dem indifferenten Reiz, z. B. Metronomgeräusch bei den Pawlowschen Hunden, der seither einen sekretorischen Bedingungsreflex ausgelöst hat, plötzlich ein dritter, z. B. Licht, gefügt wird. Das Licht wird, wenn es einige Male mit dem Metronomgeräusch zusammengewirkt hat und dabei keine Nahrungsgabe erfolgt ist, schließlich als Hemmnis wirken, es wird keine Speichelabsonderung mehr erfolgen.

Dürfen wir diese Gesetze auf obigen Fall anwenden, so wird das unstillbare, monatelang fortdauernde und plötzlich mit dem Eintreten einer schweren Erkrankung aufhörende Erbrechen bei einem von einer sehr nervösen Mutter stammenden Kinde ganz wohl dadurch erklärt, daß man annimmt, daß bei einem neuropathischen Kinde, bei dem früher einmal eine von Erbrechen begleitete Ernährungsstörung bestanden hat, sich ein bedingter Reflex herausgebildet hatte, der monatelang anhielt und erst dann ganz plötzlich erlosch, als eine schwere Erkrankung, die sozusagen als Hemmnis wirkte, eintrat. Mit dem Verschwinden der Krankheit stellte sich der Bedingungsreflex wieder ein, um bei erneutem Hinzutreten einer gleichartigen Hemmung wieder zu erlöschen. Grätzer.

Karl Rinderspacher (Dortmund), Zur Kasuistik der periodischen Unregelmäßigkeit des Pulses. (D. m. W. 1914 Nr. 31.) Schlüsse: 1. Es kommen bei Kindern periodische Herzarhythmien vor, die auf Reizleitungsstörungen zwischen Sinus und Vorhof zurückzuführen sind.

2. Diese Überleitungsstörung kann anscheinend von zwei gleichwertigen Faktoren, einer funktionellen Schädigung der Überleitungsfasern und gleichzeitiger Stauung in den Koronarvenen, abhängig sein, da mit Beseitigung der Stauung die Arhythmie verschwindet.

3. Es kann daher unter Umständen auch Digitalis bei Reizleitungsstörungen therapeutische Verwendung finden.

4. Die von Mosbacher und Verf. beschriebene *a'*-Welle ist als eine Stauungswelle des Blutes, herrührend aus dem rechten Ventrikel, aufzufassen. Es sprechen gewichtige Gründe dafür, daß diese Stauung durch eine aktive Tonusvermehrung der Ventrikelmuskulatur zustande kommt.

5. Eine derartige aktive Tonusvermehrung scheint durch einen mechanischen Reiz des den Ventrikel füllenden Blutes ausgelöst zu werden. Vielleicht spielt die toxische Schädigung der Muskulatur (Diphtherie, Nikotin) bei dieser erhöhten Empfindlichkeit eine Rolle. Grätzer.

N. Dracinski und **J. Mehlmann** (Kimpolung, Bukowina), Mumpskomplikation — Pankreatitis? (Ebenda.) Im Monate März bestand hier eine nach Hunderten zählende Mumpsepidemie, welche ziemlich leicht verlief. 3 Fälle jedoch boten einen eigentümlichen, besorgniserregenden Symptomenkomplex dar.

Die gemeinsamen Symptome waren: Herpes, heftige Kopfschmerzen in der Stirngegend, Stuhlverstopfung, Erbrechen, an Ileus erinnernd,

Kollapse, Fieber mit Delirien, Schmerzen und Druckempfindlichkeit oberhalb des Nabels, fehlende Patellarsehnenreflexe, starke Azetonurie, Cheyne-Stokessches Atmen und in 2 Fällen Pulsverlangsamung.

Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose war Pankreatitis als Komplikation von Mumps, nachdem man anfangs an Meningitis gedacht hatte. Erbrechen und Kollaps ließen sich durch eine Entzündung in der Umgebung des Sonnengeflechtes erklären, ebenso ließen sich die fehlenden Patellarsehnenreflexe durch ein Übergreifen auf die ersten Lendenwurzeln erklären. Ob für die Pulsverlangsamung und für das Cheyne-Stockessche Atmen ebenfalls eine direkte Schädigung der Nerven oder vielleicht die Azetonautointoxikation oder sonst etwas verantwortlich zu machen ist, wagen Verff. nicht zu entscheiden.

Durch diese Fälle aufmerksam gemacht, haben sie die übrigen Mumpsfälle genauer untersucht und bei etwa 10 % fehlende Patellarsehnenreflexe gefunden. In allen Fällen, bei denen die Patellarreflexe fehlten, erfuhren sie, daß der Krankheitsverlauf schwerer war und starkes Erbrechen sowie Kopfschmerzen bestanden hatten.

Grätzer.

Fr. Mielke, Die Spitzendämpfung im Kindesalter. (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Göttingen.) (B. kl. W. 1914 Nr. 26.) Oft kommen Kinder in die Sprechstunde, die nicht recht gedeihen wollen. Sie sind blaß, appetitlos und seit langer Zeit Gegenstand der Sorge von Eltern und Arzt. Findet man bei diesen Kindern eine Dämpfung über der einen Spitze oder läßt sich diese schlecht abgrenzen, so liegt wohl die Diagnose „Tuberkulose der Spitze" ziemlich nahe. Haben wir zudem noch eine belastende Anamnese, einen positiven Pirquet oder vielleicht noch erhöhte Temperatur[1]), so erscheint die Diagnose gesichert.

Sieht man sich diese Kinder näher an, die die oben erwähnten Symptome zeigen, so findet man bei ihnen einen ganz bestimmten Typus wiederkehren. Es sind muskelschwache Kinder, deren Rücken die normale Ausbildung bisher nicht erfahren hat. Sie stehen für gewöhnlich mit starker Lordose da, die sie durch Nachhintenlegen des Rückens auszugleichen suchen. Andere zeigen noch mit 6—7 Jahren eine leichte Kyphose der Lendenwirbelsäule. Die Konfiguration ihrer Wirbelsäule entspricht noch der des Säuglings. In diesen Stellungen sinken sie nun in sich zusammen. Aus bekannten Gründen stellt sich dabei eine leichte Skoliose ein. Auf das Kommando „gerade halten" legen sie sich noch mehr nach hinten, und die Skoliose nimmt zu. Gelegentlich tritt dabei eine Verzerrung der Schultern ein. Es sind also Kinder, die neben ihrer Muskelschwäche auch erheblich den Lagesinn für den Rücken verloren haben.

Der Grad der Skoliose wechselt natürlich, aber auch schon eine geringe Verbiegung der Wirbelsäule genügt, um bei langem, schmalem und deshalb auf Tuberkulose so verdächtigem Thorax eine Schall-

[1]) Seit der Arbeit von Wolff (Über die Beeinflussung der Körpertemperatur im späteren Kindesalter durch geringe Anstrengung) wissen wir, daß die Temperatursteigerungen bis 38,5° nicht immer pathologisch sind, ja daß sogar der Weg zum Arzt genügt, um diese Temperaturerhöhung zu bewirken.



verkürzung an der Spitze hervorzurufen. Diese Dämpfung wird deutlicher, wenn, wie es oft der Fall ist, ein Muskelwulst über der Spina scapulae vorhanden ist, der durch den Cucullaris bedingt ist. Oft aber finden wir bei diesen Kindern eine Schiefhaltung, die so gering ist, daß sie auch einem aufmerksamem Blick entgeht, wenn man nicht die Kinder bis zum Becken entblößen läßt und auf das Taillendreieck achtet. Wenn man nun, wie es allgemein üblich ist, „gerade halten" kommandiert, so legt sich eben das Kind noch mehr nach hinten, steht dadurch noch schiefer, und die Dämpfung nimmt an Deutlichkeit gewöhnlich zu.

Man stelle die Kinder so hin, daß möglichst alle Muskeln entspannt sind. Man erreicht es am besten dadurch, daß man den Oberkörper leicht nach vorn beugen und die Arme schlaff herunterhängen läßt. Dann kommandiere man „Bauch weg".

Diese Haltung will Verf. die „korrigierte Haltung" nennen.

Wir finden bei diesen Kindern, die die oben charakterisierte, unkorrigierte Haltung einnehmen, eine Dämpfung auf der konvexen Seite der Skoliose, eine Verschmälerung der Spitze und eine schlechte Abgrenzbarkeit; lassen wir dagegen die korrigierte Haltung einnehmen, so finden wir einen absolut gleichen Perkussionsschall auf beiden Spitzen, die sich gleich gut abgrenzen lassen und gleich groß sind. Durch die korrigierte Haltung wird der Thorax gewölbter, die Wirbelsäule wird gestreckt und die Skoliose ausgeglichen.

Es ist nun gewiß nichts Neues, daß eine Skoliose eine Dämpfung macht, das Wichtige ist aber der leichte Grad der Schiefhaltung, während Blässe, Zartheit, wechselnde Temperaturbewegung und der schmale Thorax bei dem Untersucher den Verdacht auf Tuberkulose erwecken müssen. Zwei von Verf. Fällen kamen auch mit der Diagnose „Tuberkulose der Spitzen" in Behandlung. Die gefundene Dämpfung erwies sich als Pseudodämpfung. Der Zweck der Arbeit soll allein der sein, den Untersucher daran zu erinnern, Dämpfungen nur dann zu verwerten, wenn sie bei absolut grader Haltung nachzuweisen sind. Diese Haltung wird aber nur erreicht in der korrigierten Stellung.

Um sich objektiv zu überzeugen, daß bei den Fällen nichts Organisches zugrunde lag, stellte Verf. die Kinder vor den Röntgenschirm. Er sah dann meistens, daß die ersten drei Rippen nahe aneinander verlaufen, und zwar die erste gesenkt, so daß die obere Thoraxapertur verengt wird. Es hat sich in keinem Falle irgendein pathologischer Befund als Grund der Dämpfung nachweisen lassen.

Diese Fälle von Pseudodämpfung sind nicht selten, denn Verf. hat 18 Fälle während 4 Monaten in der Poliklinik beobachtet.

Sollten nicht doch die hohen Zahlen mancher Tuberkulosestatistiken im Kindesalter heruntergesetzt werden können, wenn alle Patienten auf Pseudodämpfung untersucht würden? Vielleicht wäre auf der anderen Seite mancher im Sanatorium glänzend geheilte Fall von Tuberkulose durch einige einfache orthopädische Übungen ebenso von seiner Spitzendämpfung befreit worden, weil er eben keine Dämpfung, sondern eine Pseudodämpfung hatte. In gewisser Beziehung bedarf die Pseudodämpfung der Therapie, denn sie beweist Schwäche und mangelnde Beherrschung der Rückenmuskulatur. Jede Kur oder

auch nur Änderung der Lebensweise, durch die das Kind kräftiger und munterer wird, wirkt günstig auf die Haltung. Dazu soll womöglich eine systematische Durchbildung der Rückenmuskulatur treten.

Grätzer.

P. Rohmer, Über die Diphtherieschutzimpfung von Säuglingen nach v. Behring. (Aus der medizinischen Universitätsklinik zu Marburg.) (B. kl. W. 1914 Nr. 29.) In seinem auf dem diesjährigen Kongreß für innere Medizin gehaltenen Vortrag hat v. Behring u. a. die Säuglinge vorläufig von der Behandlung mit seinem Diphtherieschutzmittel ausgeschlossen, und zwar deshalb, weil über deren Fähigkeit zur Antitoxinbildung sowie über die bei ihnen zur Erzielung einer hinreichenden Antitoxinproduktion nötige Dosierung des Schutzmittels noch nichts Sicheres feststand. Diese Frage bedurfte also einer gesonderten Bearbeitung, die aber nach den Intentionen v. Behrings um so nötiger war, als es äußerst wichtig wäre, wenn man die Kinder, ähnlich wie es bei der Jennerschen Pockenschutzimpfung geschieht, bereits in diesem Alter gegen Diphtherie immunisieren könnte. Verf. hat sich daher der Aufgabe unterzogen, die speziellen Verhältnisse des Säuglingsalters gegenüber der Diphtherieschutzimpfung einer weiteren Prüfung zu unterziehen. Diese ergab, daß Kinder bis zu 5 Monaten vorläufig der Schutzimpfung nicht zu unterziehen sind, ältere Säuglinge aber wirksam ihr unterworfen werden können. Grätzer.

F. Göppert (Göttingen), Über manifeste und latente Insuffizienz der Exspiration im Kindesalter. (B. kl. W. 1914 Nr. 30.) Bei einer Anzahl durch ihre Konstitution zu chronischer Schleimhautschwellung disponierten Kinder tritt auch bei scheinbar unbedeutenden, auskultatorisch oft kaum nachweisbaren chronischen Bronchialkatarrhen ein Tiefstand des Zwerchfells ein, bei einzelnen spontan, bei anderen erst, wenn sie einige Male tief inspiriert haben. Die hierdurch nachgewiesene Insuffizienz der Exspirationskräfte ist eine relative. Das Atemhindernis ist auch in den Fällen geringen auskultatorischen Befundes in einem Katarrh der feineren Bronchien zu suchen, zudem sich Bronchialmuskelspasmus gelegentlich wohl hinzugesellt, keineswegs aber notwendigerweise vorhanden ist. Die Schwäche der austreibenden Kräfte beruht wahrscheinlich in einem angeborenen Mangel an Elastizität der Lunge oder auch in der unvollkommenen Funktion der automatischen Regulation der Exspirationskraft.

Grätzer.

L. Aschoff, Sind die Würmer, besonders die Oxyuren, direkt oder indirekt schuld an der Appendizitis? (B. kl. W. 1914 Nr. 32.) 1. Die relative Häufigkeit der Oxyureninfektion des normalen oder nicht akut erkrankten Wurmfortsatzes ist schon seit längerer Zeit bekannt.

2. Das von Verf. vor mehreren Jahren kurz geschilderte Bild der durch die Oxyuren hervorgerufenen Pseudoappendizitis ist durch die Untersuchungen Rheindorfs in den wesentlichen Punkten bestätigt und in seiner Häufigkeit anerkannt worden.

3. Die von Rheindorf geschilderten Befunde von Spaltbildungen in der Schleimhaut der Wurmfortsätze, welche von ihm auf das Ein-

wandern von Oxyuren zurückgeführt werden, sind im wesentlichen nichts anderes als Kunstprodukte.

4. Solange keine Beweise dafür erbracht sind, daß die Oxyuren überhaupt gröbere, einige Zeit persistierende Epitheldefekte oder Gewebszertrümmerung herbeiführen können, ist auch die Behauptung Rheindorfs, daß die Oxyuren indirekt mit der akuten Appendizitis etwas zu tun haben, als unbewiesen anzusehen.

5. Die Bedeutung der Wurminfektion für die pseudoappendizitischen Anfälle sollte die Ärzteschaft veranlassen, noch sorgfältiger als bisher auf Wurminfektion, besonders bei Kindern, zu achten. Eine erfolgreiche Wurmkur wird die Kinder vor pseudoappendizitischen Anfällen und damit vor etwaiger unnötiger Operation bewahren, unnötig, weil, wie auch die Rheindorfschen Beobachtungen zeigen, die pseudoappendizitischen Anfälle trotz operativer Entfernung des Wurmfortsatzes bei persistierender Wurminfektion immer von neuem auftreten können. Grätzer.

H. Beitzke, Über eine schwere, tödlich verlaufene Infektion des Menschen mit Rindertuberkulose. (Aus dem pathologischen Institut der Universität Lausanne.) (B. kl. W. 1914 Nr. 33.) 14jähriger Knabe aus vollkommen gesunder Familie, der monatelang täglich im Kuhstall gespielt und täglich rohe Milch von Kühen getrunken hat, die Tuberkelbazillen mit der Milch ausschieden, erkrankt und stirbt innerhalb $^3/_4$ Jahren an einer ungemein schweren, ausgebreiteten Tuberkulose, die ihren primären Sitz im Verdauungsapparat hat. Züchtung der Tuberkelbazillen auf künstlichem Nährboden gelingt trotz 12 Monate lang fortgesetzter Versuche nicht. Dagegen tötet eine minimale Menge der betreffenden Bazillen, nach 3maliger Tierpassage auf Kaninchen intraokular verimpft, die Tiere unter Erzeugung einer schweren Allgemeintuberkulose. Ein Kalb, das relativ wenig desselben Virus (nach 7maliger Tierpassage) subkutan injiziert erhält, erkrankt innerhalb dreier Monate an ausgebreiteter Perlsucht, die von der Impfstelle ihren Ausgang nimmt. Die Tatsachen zusammengenommen, führen zu dem Schluß, daß Patient an einer Infektion mit Rindertuberkelbazillen gestorben ist. Es ist zwar in der Literatur bisher häufig angegeben, daß die Individuen, bei denen der Typus bovinus konstatiert wurde, längere oder kürzere Zeit unsterilisierte Milch getrunken hatten. Soviel Verf. selbst die Literatur einsehen konnte, ist sein Fall der erste, in dem Tuberkelbazillen in der Milch der betreffenden Kühe nachgewiesen wurden. Wäre die Feststellung des Tuberkelbazillentypus nicht so umständlich und zeitraubend, so würde dieser Nachweis wohl öfter gelingen, namentlich in ländlichen Bezirken, wo sich die Verhältnisse besser übersehen lassen und wo auch viel mehr rohe Milch genossen wird als in den Städten. Wenn Monate nach dem Tode des Patienten die Diagnose „Typus bovinus" gestellt werden kann, so ist in der Großstadt mit ihrem ewigen Wechsel die Infektionsquelle oft auch nicht mehr vermutungsweise aufzufinden, wie Verf. aus eigener Erfahrung weiß.
Grätzer.

Richard Drachter, Zur Diagnose der Peritonitis im Säuglings- und Kindesalter. (Aus der chirurgischen Universitäts-Kinder-

klinik München.) (M. m. W. 1914 Nr. 11.) Bei der Untersuchung einer sehr großen Anzahl von peritonitiskranken oder -verdächtigen Kindern hat Verf. im Laufe der Jahre nach einer Untersuchungsmethode gefahndet, die Rücksicht nimmt auf die durch den Unverstand des kindlichen Alters eben einmal gegebenen speziellen Verhältnisse; besonders kam es darauf an, eine Untersuchungsmöglichkeit zu finden, die nicht auf den kranken Körperteil (das Abdomen) direkt losgeht, sondern sich möglichst entfernt von demselben hält. Ein solches Vorgehen schien um so wünschenswerter, als es sich ja bei den in Rede stehenden Fällen um äußerst schmerzhafte, lokale Affektionen bei ohnehin schon geängstigten und unzugänglichen Patienten handelt. Die Prüfung des lokalen Druckschmerzes, die Blumbergsche Untersuchungsmethode, das Rovsingsche Vorgehen usw. sind alles Methoden, die am Abdomen selbst angreifen, und deren Verwertung bei geängstigten Kindern deshalb große Schwierigkeiten im Wege stehen können.

Unter derartigen Umständen pflegt Verf. seit langem eine Untersuchungsmethode in Anwendung zu bringen, wie sie für die Untersuchung auf Coxitis allgemein bekannt und gebräuchlich ist; sie besteht darin, daß man in Rückenlage des Patienten das eine Bein (hier das rechte) durch Erfassen des Vorderfußes mit der linken Hand bei gestrecktem Knie leicht erhebt und gegen die rechte Fußsohle einen leichten, verweilenden Schlag mit der rechten Faust ausführt.

Bei der Untersuchung auf Peritonitis bezwecken wir durch dieses Vorgehen eine wenn auch minimale Verschiebung des Peritoneum viscerale gegen das Peritoneum parietale und dadurch bei Vorhandensein entzündlicher Zustände im Abdomen Schmerz auszulösen. Ein Vorteil dieser Untersuchungsmethode gegenüber anderen besteht darin, daß man bei Vornahme derselben sich von dem kranken Körperteil, dessen bloße Berührung der Patient fürchtet, weit entfernt halten kann, daß der Patient nicht ahnt, worauf es dem Untersuchenden ankommt, und daß sich also der Arzt über den Zustand der Bauchhöhle — soweit beabsichtigt — unabhängig von den Angaben des Patienten orientieren kann; hat der Patient bei dem Stoß Schmerzen im Leib, oder werden vorher schon vorhandene Schmerzen plötzlich durch denselben gesteigert, so wird Patient diese in irgendeiner Weise äußern; oft geschieht dies — was sehr charakteristisch ist — dadurch, daß das Kind mit einer oder beiden Händen an den Leib greift. Sind keine abdominalen Schmerzen da, oder haben die vorhandenen ihre Ursache nicht in entzündlichen Zuständen des Peritoneums, so tritt eine ähnliche Schmerzempfindung oder Steigerung durch den Stoß nicht auf.

Ausdrücklich muß jedoch hervorgehoben werden, daß sehr wohl entzündliche, ja eitrige Prozesse im Bauchraum sich abspielen können und der Patient in keiner Weise auf den Stoß reagiert. Das ist sogar ganz gewöhnlich der Fall bei den perityphilitischen Abszessen. Dieses Verhalten kann uns auch nicht weiter wundernehmen, da ja bei Abszeßbildung vorhandene Verwachsungen eine Verschiebung der Baucheingeweide gegen das Peritoneum parietale verhindern können. Ähnliche Verhältnisse können vorliegen bei ohne Abszeßbildungen verlaufenden Fällen von Peritonitis mit ausgedehnteren Verwachsungen.

Demnach liegt es im Wesen der genannten Untersuchungsmethode, daß sie niemals ein Frühsymptom etwa der Appendizitis sein kann, wohl aber kann sie bei Appendizitis oder anderen Krankheitszuständen, die zu Peritonitis führen, das Mitergriffenwerden des Peritoneum parietale frühzeitig anzeigen.

Wohl nie wird das genannte Symptom auftreten, ohne daß nicht auch andere Erscheinungen schon auf das Vorhandensein einer Peritonitis hinweisen; deshalb soll es auch besonders in Fällen beschriebener Art, in denen Zweifel obwalten, gewürdigt werden.

Ist das Symptom in einem sonst verdächtigen Falle positiv, dann ist Peritonitis anzunehmen; ist es negativ, so entscheiden einzig und allein die übrigen Symptome! Niemals darf man auf ein Positivwerden des Symptomes warten, um notwendige Maßnahmen zu ergreifen. Grätzer.

August Strauch (Chikago), Imitations- und Induktionskrankheiten der Kinder. (Ebenda.) Verf. schildert eine große Anzahl dieser Affektionen, wie sie vereinzelt und epidemisch auftreten. Grätzer.

Bachauer (Augsburg), Diphtheriebekämpfung in den Volksschulen Augsburgs. (Ebenda.) Verf. zeigt, wie nach den modernen Prinzipien der Diphtheriebekämpfung schöne Erfolge zu erzielen sind. Grätzer.

Egon Rach, Radiologisch erkennbare anatomische Typen der kindlichen Lungentuberkulose. (Aus der k. k. Klinik für Kinderkrankheiten in Wien.) (M. m. W. 1914 Nr. 12.) Auf Grund klinischer, radiologischer und anatomischer Untersuchungen wird der Versuch gemacht, eine Einteilung der kindlichen Lungentuberkulose auf anatomisch-radiologischer Grundlage zu treffen, gewisse anatomisch-radiologische Typen aufzustellen, deren röntgenologischer Nachweis im Einklang mit den übrigen klinischen Symptomen glücken kann. Außer den schon anerkannten Typen der kindlichen Lungentuberkulose, der Miliartuberkulose, Spitzentuberkulose, werden der Ghonsche primäre Lungenherd, die intumeszierende Bronchialdrüsentuberkulose, die intrapulmonale Hilustuberkulose und die Säuglingsphthise unterschieden. Grätzer.

Rietschel, Frl. Heidenhain und **Ewers,** Über Fieber nach Kochsalzinfusionen bei Säuglingen. (Aus dem städtischen Säuglingsheim zu Dresden.) (Ebenda.) Während noch vor kurzem das bei Säuglingen nach Kochsalzinfusionen auftretende Fieber als ein „Salzfieber" aufgefaßt wurde, ist diese Anschauung besonders durch die Erfahrungen beim Salvarsan (Ehrlich-Wechselmann) stark erschüttert worden. Die Autoren geben ihre Ansicht in folgenden Worten kund:

„Nach unseren Beobachtungen glauben wir behaupten zu können, daß für einen Teil der Fälle das Infusionsfieber auf den Cu-Gehalt des destillierten Wassers zurückzuführen ist, also auf einen anorganischen Fehler. Daß diese Tatsache von erheblicher prinzipieller Bedeutung ist, bedarf keiner ausführlichen Begründung. Dabei sind wir uns be-

wußt, daß es nicht möglich erscheint, alle Fiebersteigerungen nach Kochsalzinfusionen etwa auf Beimengungen von Cu zu beziehen. Es handelt sich wohl hier auch um ein komplexes Phänomen. Wir sind durchaus der Meinung, daß auch bakteriell verunreinigtes Wasser fiebererregend wirken kann, und werden darin bestärkt besonders durch die Versuche von Jörgensen, der aber, und das sei besonders betont, stets starke lokale Erscheinungen von „bedeutender Röte, Infiltration, Empfindlichkeit und Suggilation an der Hautinjektionsstelle“ traf. Bei unseren Versuchen haben wir nie oder sehr selten etwas derartiges gesehen und glauben schon aus diesen Differenzen, daß es sich bei Jörgensen um ganz andere fiebererregende Stoffe gehandelt haben mag, als bei uns. Zu einer völligen Ableugnung des Kochsalzes als fiebererregender Substanz können wir uns auch heute noch nicht entschließen; denn dafür sprechen die Freundschen Untersuchungen an Kaninchen und die Entgiftungsversuche von Rietschel, Meyer u. a. Auch reagierte ganz selten einmal ein Kind mit ganz geringer Steigerung bis 37,5° auf ganz frisch destilliertes Wasser. Endlich — und darauf möchten wir ganz besonderen Wert legen — ist es sehr gut möglich, daß auch die Technik doch eine größere Rolle spielt, als man bisher gemeint hat, je nachdem die Flüssigkeit mehr direkt unter die Kutis oder in das weitmaschige subkutane Fettgewebe oder direkt auf oder gar unter in die Faszie kommt. Ganz verschieden wird sich nach dieser Art die Resorption verhalten, und wir glauben daher, daß der Zustand des Kindes in Verbindung mit der Technik ein sehr wichtiger Faktor ist, um bei gleichen Lösungen einmal Fieber zu erzeugen, ein anderes Mal nicht.

So glauben wir, daß sich manche Beobachtungen (z. B. die Samelsons) am leichtesten erklären lassen. Allerdings für die vorhin erwähnten Fiebersteigerungen, die Bergmann und Bendix erhielten, haben auch wir keine befriedigende Erklärung. Vielleicht kommen auch Beimengungen des Glases in Betracht.

Praktisch ergibt sich aus unseren Versuchen die Tatsache, daß zur Infusion nur frisch destilliertes Wasser benützt werden darf, das mit Kupfergefäßen nicht in Berührung gekommen ist.“

Grätzer.

W. Schemensky, Die Thyreoaplasie (kongenitales Myxödem) und ihre Therapie. (Aus der Medizinischen Poliklinik Jena.) (M. Kl. 1914 Nr. 30.) 2 Fälle, bei denen mit der Thyreoidtherapie bemerkenswerte Erfolge erzielt wurden. Grätzer.

J. Safranek, Über die Ätiologie und Vakzinationstherapie der genuinen Ozaena. (Aus der Königl. ungarischen Universitätsklinik für Nasen- und Kehlkopfkrankheiten in Budapest.) (Ebenda.) Als Resümee der bisherigen Untersuchungen und therapeutischen Versuche läßt sich folgendes anführen: 1. Auf Grund der Ergebnisse der experimentell-bakteriologischen Untersuchungen, wie auch auf Grund der durch die angewendete spezifische Therapie erreichten Resultate ist dem Perezschen Coccobacillus foetidus eine ätiologische Rolle bei der Entstehung der genuinen Ozaena zuzuschreiben; ob jedoch in allen klinisch als genuine Ozaena imponierenden Fällen, müssen fernere

Untersuchungen entscheiden. 2. Es ist wahrscheinlich, daß die Infektion tatsächlich im Wege der direkten Berührung, auf die von Perez beschriebenen Arten (Küssen, gemeinsames Benutzen von Taschentüchern, Zusammenschlafen usw.) sich verbreitet; dies ist besonders vom hygienischen Standpunkt aus wichtig und ist die Aufmerksamkeit von Schulärzten, im allgemeinen sanitären Dienst stehenden Kollegen hierauf zu lenken. 3. Die spezifische Therapie mit aus Reinkulturen des Perezschen Coccobacillus foetidus gewonnenem Vakzin weist in überwiegender Mehrzahl der genuinen Ozaenafälle einen namhaften Erfolg auf, und ist diese Behandlungsmethode um so mehr zu empfehlen, weil selbe mit keinerlei schädlichen Folgen für die Patienten, ja nicht einmal mit nennenswerten Unannehmlichkeiten verbunden ist. Grätzer.

Rudolf Neurath, Versuche über allergische Reaktion mit dem Bordet-Gengouschen Keuchhusten-Endotoxin. (M. Kl. 1914 Nr. 43.) „Es ergibt sich also aus den mit dem Bordet-Gengouschen Keuchhustenendotoxin angestellten Versuchen, daß eine kutane Reaktion nicht zu erzielen ist, daß aber die intrakutane Applikation sowohl bei Keuchhustenkranken wie bei pertussisfreien Kindern eine noch bei starken zur Anwendung kommenden Verdünnungen deutliche Reaktion gibt.

Unsere Hoffnung, durch die kutane Reaktion eine neue Stütze für die Annahme des ätiologischen Faktors der Pertussis im Bordet-Gengouschen Bazillus zu finden und ein diagnostisches Hilfsmittel für bestehenden oder früher durchgemachten Keuchhusten zu bieten, hat sich demnach nicht erfüllt. Vielleicht haben wir in dem angewendeten Endotoxin doch noch einen komplexen Körper zu sehen, der aspezifische Substanzen enthält, es verspräche dann eine Zerlegung des Körpers und die Gewinnung eines die spezifische Substanz repräsentierenden Bestandteiles des gereinigten Endotoxins möglicherweise verwertbare Resultate. Aber es ist auch zu bedenken, daß ein aus Bazillenkörpern gewonnenes Endotoxin auch als „primäres Gift“ aufgefaßt werden könnte, das toxische Erscheinungen immer hervorruft, also nicht nur bei spezifisch Erkrankten; ein Gift, das eine Wirkung, ohne erst durch Reaktionskörper toxische Aktionskraft zu erlangen, entfaltet. Diese Annahme könnte erst dann in Betracht gezogen werden, wenn die Versuche, ein spezifisch toxisch wirkendes Agens aus dem originären Endotoxin oder auf andere Weise aus den Bazillen zu gewinnen, fehlschlagen.

Die in unsern Resultaten hervorgehobene negative Reaktion bei manchen ganz jungen Säuglingen steht vielleicht in Analogie zu der von Bondy, v. Groer und Kassowitz angegebenen mangelhaften Reaktionsfähigkeit des Neugeborenen gegenüber andern Toxinen, deren Konstanz allerdings noch in Frage steht.“ Grätzer.

Max Klotz, Abhärtung im Kindesalter. (Zschr. f. phys. diät. Ther. 1914 Nr. 12.) Aus der Arbeit sei folgender Abschnitt wiedergegeben:

„An die Atmosphäre, die uns umgibt, müssen wir uns gewöhnen, nicht an das Wasser!

Eine rationelle Abhärtung soll also darauf ausgehen, gegen den Wechsel der Lufttemperatur abzuhärten. Hiermit kann man schon beim Säugling beginnen. Von der dritten Woche ab können die Kinder bei jedem nicht regnerischen und windigen Tage — selbst im Winter, außer bei Frost — ins Freie gebracht werden und bei geöffnetem Fenster oder auf dem Balkon herumgetragen werden. Daß sie dabei auf das sorgfältigste gegen Wärmeverlust geschützt werden müssen, ist selbstverständlich. Im Spätherbst, Winter und Vorfrühling muß stets eine Wärmflasche im Kinderwagen sein.

Ausgeschlossen von dieser Art der Abhärtung sind Frühgeburten und Debile, die monatelang nur wohltemperierte Zimmerluft atmen dürfen.

Den gesunden Säugling lasse man auch möglichst frühzeitig wenigstens einmal am Tage — vielleicht vor dem Bad oder vor der abendlichen Wäsche — unbekleidet sich tüchtig ausstrampeln.

Vom dritten Jahr ab wird in der guten Jahreszeit dem spielenden Kind das Luftbad außerordentlich nützlich sein. Ein baumwollenes Kittelchen in der Art eines Badeanzuges — also Arme, Hals und Beine freilassend — ist ein zu diesem Zweck am besten geeignetes Kostüm. Sandalen an den Füßen und ein Strohhut vervollständigen den Anzug, in welchem man das Kind dann an einer sonnigen Stelle im Hof oder Garten spielen läßt. Vorsicht ist besonders anfangs vonnöten. Aber ganz sicher festgestellt ist, daß der Aufenthalt in bewegter, angenehm temperierter Atmosphäre im Luftbadekostüm den Stoffwechsel erhöht und das physische und psychische Befinden hebt. Blasse Kinder, Rachitiker blühen dabei förmlich auf.

Das Liegen im direkten Sonnenlicht ist dagegen durchaus nicht irrelevant, es kann vielmehr stark erschöpfend wirken.

Besondere Aufmerksamkeit erfordert bei blassen, zarten Kindern und Säuglingen in den ersten Tagen des Freiluftaufenthaltes die Epidermis. Sie reagiert sehr oft auf die Einwirkung der Sonnenstrahlen mit Erythemen bis zu heftiger Dermatitis. Prophylaktisch empfiehlt sich die Bedeckung der von der Kleidung freigelassenen Hautflächen mit Sonnenschutzpasten, welche, dick aufgetragen, jedes Erythem verhindern.

Im Winter lasse man die Kinder im warmen Zimmer mindestens einmal am Tage nackt sich herumtummeln.

Entschließen Eltern und Arzt sich zur Vornahme der Freiluftabhärtung bei einem schon älteren Kinde, z. B. im Schulalter, so genügen hierzu nicht die vierwöchigen Sommerferien, wie man vielfach annimmt. Der Endeffekt ist im großen und ganzen gleich Null; ein halbes Jahr ist zu nicht bloß passagerer Abhärtung mindestens erforderlich.

Schon im Spielalter ist das Hauptgewicht auf eine vernünftige Kleidung zu legen, welche nicht verweichlicht, andererseits auch nicht in extreme Körperentblößung verfällt.

Gesicht, Hals, Nacken und Hände sollen stets frei bleiben, nur im Winter sind Handschuhe nötig und Ohrenschützer. Im Sommer sind kurze Strümpfe wohl am Platze; was die bloßen Waden aber im Winter für einen Zweck haben sollen, ist mir unerfindlich. Das ganze Kind

ist sorgfältig eingepackt, womöglich in dicken Pelz wie ein kleiner Eisbär, und nur die nackten, blauroten und eiskalten Waden und Knie sind der schneidenden Kälte freigegeben. Eine solche gedankenlose Entblößung nennt sich dann Abhärtung.

Richtlinien für die Wahl der Kleidung geben folgende Kriterien: Hände und Füße sollen warm sein, andererseits darf das Kind bei mittlerer Bewegung im Zimmer und im Freien nicht in Schweiß geraten (Heubner). Die Wahl der Kleidungsstoffe: Wolle, Baumwolle, kann dem Befinden der Eltern überlassen werden. Als Unterkleidung empfiehlt Heubner für zartere Kinder die Hemdhose (sog. Kombination) aus Trikotstoff, darüber kein Leinenhemd. Rauher, locker gewebter Stoff (Trikot) ist dicht gewebtem (Shirting, Leinen) vorzuziehen. Die Luftdurchlässigkeit der Kleidung ist eine Hauptsache, ferner soll die Farbe Schutz vor intensiver Sonnenbestrahlung gewähren, auch darf keines der Kleidungsstücke beengend wirken. Das Leibchen soll solange wie möglich zur Suspension von Rock und Hose getragen werden. Ich kann es nicht richtig finden, wenn spartanisch veranlagte Eltern zwischen Sommer und Winter in der Kleidung ihrer Kinder keinen Unterschied machen, versieht doch auch die Natur die Tiere mit Sommer- und Winterkleid. Einem Kinde, das der Jahreszeit entsprechend gekleidet ist, kann auch schlechtes, rauhes Wetter nichts anhaben. Das Wort: In guter Kleidung gibt es kein schlechtes Wetter, ist sehr zu beherzigen.

Das Abhärtungsbrevier verlangt auch das Schlafen bei offenem Fenster. Im Prinzip ist hiergegen namentlich im Sommer nichts einzuwenden. Kälte befördert übrigens das Einschlafen (Pawlow). Gewisse Vorsichtsmaßregeln sind aber unbedingt zu beachten. Die Außenluft darf nie unmittelbar das Kinderbett treffen. Es ist dies durch Vorhänge, Decken, Paravents leicht zu verhüten. Kinder zur Winterzeit in ungeheizten Räumen schlafen zu lassen, ist nicht anzuraten, außerdem aber noch während der Nacht der Außenluft Zutritt zu gewähren, gehört in das Kapitel des Luftfanatismus. Bei regnerischem Wetter, feuchtkalten Winden, Nebel sollen die Fenster stets geschlossen bleiben.

Empfehlenswert und vielfach üblich ist es, wenn im Winter tagsüber die Schlafzimmerfenster offen bleiben und abends einige Stunden vor dem Schlafengehen das Zimmer geheizt wird. Kurz bevor die Kinder zu Bett gebracht werden, schließt man die Fenster. Besonders günstig in dieser Hinsicht sind Schlafzimmer mit Zentralheizung, hier kann man aufs bequemste auch im Winter vom offenen Fenster Gebrauch machen.“ Grätzer.

F. Göppert (Göttingen), Zur Frage der Impfschädigung. (Ther. Mh. 1914 Nr. 11.) Verf. geht die verschiedenen Impfschädigungen durch und zeigt, wie sie zu beurteilen sind und wie sie vermieden werden können.

Impfung und Spasmophilie: „Sehr peinlich müssen wir uns aber hüten, ein spasmophiles Kind während der Zeit der Krampfgefahr zu impfen. Die Zeit der Impftermine schützt uns im allgemeinen vor der Komplikation. Würden wir z. B. im Februar und März impfen, wo die schwereren Formen der Spasmophilie besonders häufig sind, so wäre

theoretisch der Ausbruch von Krämpfen während des Fiebers ebenso wie bei andersartigem Fieber wohl denkbar. In einem einzigen Fall, der infolge der Stumpfheit der Mutter während schwerer Spasmophilie und Keuchhusten geimpft wurde, trat die erwartete Steigerung der Krämpfe in der Tat ein. Der Arzt, der privatim die Impfung im Winter oder Vorfrühling vorzunehmen beabsichtigt, möge daher wohl dies Ereignis im Auge haben und zum mindesten das Fazialisphänomen prüfen oder nach Stimmritzenkrämpfen fragen. Zwingt uns die Gefahr einer Pockenansteckung trotz Spasmophilie zur Impfung, so kann man die Krämpfeneigung leicht durch die großen Kalkdosen, wie sie Blühdorn aus der Göttinger Kinderklinik veröffentlicht hat, beseitigen."

Faßt man alles zusammen, was durch die Impfung an Schaden verursacht werden kann, so sieht man, daß es zwei Kategorien von Kindern gibt, bei denen die Impfung länger dauernde und weitergehende Beschwerden hervorrufen kann als 2—6 Tage Unruhe und Fieber. Es sind dies die chronisch schwer geschädigten, in ihrer Ernährung labilen und dann die an exsudativer Diathese leidenden Kinder. Von dieser letzteren Gruppe wesentlich nur diejenigen, bei denen Ekzeme bestehen oder bis vor kurzem bestanden haben, ferner auch jene, bei denen ausgebreitete konstitutionelle Ekzeme erst seit $^1/_2$ Jahr abgeheilt sind. Diese herauszufinden und von der Impfung zurückzustellen, muß das ernste Bemühen jedes Arztes sein. Was sonst an Impfstörungen vorkommt, kann und muß in Kauf genommen werden, und hier wäre es Aufgabe der Volksaufklärung, darauf hinzuweisen, daß während der Impfperiode auftretende Störungen, gleichgültig, ob sie in irgendeinem Zusammenhang mit der Impfung stehen oder nicht, keine notwendigen Ausscheidungen eines Impfgiftes sind, sondern einer Behandlung zugängliche und bedürftige Leiden.

Zur Gestaltung der Impftermine wäre zu sagen: Die Impftermine dürfen nicht zu zahlreich besucht sein. Die Befragung der Mütter darf nicht generell erfolgen. Vielmehr soll der Arzt jeder einzelnen Mutter die Fragen vorlegen, die ein klein wenig umständlich klingen, aber erfahrungsgemäß notwendig sind: 1. Ist das Kind in letzter Zeit krank gewesen? 2. Hat es früher oder jetzt an Durchfall gelitten? 3. Hat das Kind an Hautausschlägen gelitten? 4. Husten? 5. Krämpfe? 6. Ist in der Wohnung jemand erkrankt?

Ein genauer Blick auf Gesicht und die entblößte Schulter und Arm, der ergänzt werden kann durch eine kurze Betrachtung des Körpers, erlaubt eine schnelle Orientierung, doch ist es sehr erwünscht, daß prinzipiell der ganze Oberkörper entblößt gezeigt werden muß. Ist der Fall so schnell nicht zu klären, so muß Gelegenheit gegeben sein, das verdächtige Kind am Schluß des Termins ein wenig genauer zu untersuchen, wie es tatsächlich schon vielfach geschieht. Verf. schätzt, daß im allgemeinen auf ein Kind eine Zeit von allerhöchstens 3 Minuten, für den in der Beobachtung von Säuglingen geübten Arzt 2 Minuten genügen können.

Der Nachschautermin wird leider zu früh abgehalten. Am 7. Tage sind die Beschwerden gering. Besser wäre der 9. und 10. Tag. Dann sind die Beschwerden auf der Höhe. Die Mütter können ihre Klagen dem Arzte vorbringen, und er hat Gelegenheit, ärztliche Ratschläge

zu geben oder auf die Notwendigkeit ärztlicher Beratung hinzuweisen. Selbstverständlich erledigt sich am 10. Tag ein Nachschautermin nicht so schnell wie am 7.

Betreffs therapeutischer Maßnahmen sagt Verf.: Es ist zweifellos vorteilhaft, sich eines Impfschutzes zu bedienen (z. B. des sog. Hartmannschen), der aus etwas Dermatol- oder Xeroformgaze besteht. Die Hauptsache ist daher, daß das Mullpolster durch ein perforiertes Pflaster oder sich nicht deckende Pflasterstreifen festgehalten wird. Daß damit das Baden unmöglich wird, ist in sauberen Familien ein Schaden. Treten erhebliche Unruhe und Schmerzen ein, oder sind gar die Achseldrüsen geschwollen, so ist ein feuchter, gut abschließender Essigsauretonerdeverband über einer mit Vaseline eingestrichenen Haut, bei sehr empfindlicher Epidermis ein Verbandwasser aus gleichen Teilen Spiritus und Glyzerin am Platze. Um Antrocknen zu vermeiden, wird 12stündlich gewechselt.

Die verschiedenen Verbandlagen werden quadratförmig (30 qcm groß) zurechtgeschnitten und fertig aufeinander gelegt. In der Mitte ein Schlitz, der gerade erlaubt, den Arm durchzuziehen. So deckt der Verband Oberarm und Achselhöhle gleichmäßig und läßt sich mit ein paar Touren leicht befestigen.

0,1 g Pyramidon und $^1/_3$ bis $^1/_2$ Tablette Acidum acethyl. salicyl. wirken bei Fieber ausgezeichnet auf Nachtruhe und Schmerzen und unterstützen die Wirkung des Umschlags. Hinzufügen möchte ich, und zwar auch den amtlichen Vorschriften, daß bei vermehrtem Durst nicht mehr und nicht öfter die Nahrung gereicht werden soll als bisher, daß es aber erlaubt und nützlich ist, stets dem Kinde Wasser oder milchlosen Tee, schwach mit Zucker oder noch besser mit Saccharin gesüßt, zu geben.

Die seltenen Fälle von universeller Vakzine werden wohl am besten durch häufiger gewechselte, aber nie antrocknende Umschläge von essigsaurer Tonerde behandelt. Bei größeren Flächen namentlich muß die Verdunstung durch Guttaperchapapier verhindert und jede Abkühlung vermieden werden. Sonst bedürfen die Komplikationen der Impfung, da sie nicht spezifischer Natur sind, keiner anderen Therapie, wie der üblichen. Grätzer.

A. Dutoit, Über den Wert und die Bedeutung der Kalktherapie bei skrofulösen und rachitischen Augenerkrankungen. (Wschr. f. d. Ther. d. Aug. 1914 Nr. 32.) Verf. hat Tricalcol, ein weißes, geruch- und geschmackloses, etwa 20 $^0/_0$ Trikalziumphosphat und 10,5 $^0/_0$ Stickstoff enthaltendes Pulver benutzt, als Tricalcolaufschwemmung der täglichen Kost (warmer Milch, Suppen, Gries- und Reisbrei), unter Zusatz von Zucker zugesetzt (Kinder unter 1 Jahr pro die 2—3 g, später 4—6—10 g). Bei skrofulösen und rachitischen Augenerkrankungen (Cataracta zonularis) sah er eine recht günstige Beeinflussung. Auch andere Erscheinungen der Rachitis, vor allem Darmstörungen, Schwäche, Unruhe, Ekzeme) besserten sich, die Kinder entwickelten sich besser, es erfolgte Gewichtszunahme usw. Diese Besserung des Allgemeinbefindens ist ein wichtiger Faktor für die Beeinflussung der Augenaffektionen. Grätzer.

P. Christel, Über die Pallidinreaktion bei Keratitis parenchymatosa. (Kl. Mbl. f. Augenhlk., Septemberheft 1914.) Nach den Erfahrungen des Verf. besitzt die Pallidinreaktion weder einen diagnostischen Wert, noch ist sie der Wassermannschen Reaktion überlegen.

K. Boas.

Sante Solieri, Stichwunden des Gehirns von der Schädelbasis aus. (Aus dem Städtischen Krankenhause in Forli.) Arch. f. klin. Chirurgie 105. H. 1.) Verf. teilt 2 Fälle von Stichverletzung des Gehirns von der Schädelbasis aus mit: Im ersten Falle, der ein 17jähr. Mädchen betraf, verdient besondere Erwähnung der Weg der Stichwaffe, die durch die Choane und Orbita hindurch den Stirnlappen verletzte, der Eiterherd, der sich hier lokalisiert hatte und durch den chirurgischen Eingriff beseitigt wurde, die wieder hergestellte Funktion des Oculomotorius, der in seinem orbitalen Teile verletzt worden war, und die Spätthrombose der Venae ophthalmicae des entgegengesetzten Auges.

Im zweiten Falle, der einen 4jährigen Knaben betraf, drang die Zinke einer Mistgabel tief in die rechte Augenhöhle oberhalb des Auges ein, ging über die mediane Linie hinaus, verletzte den Fuß der dritten linken Stirnwindung, den Sitz des Sprachzentrums und das linke Centrum ovale und hatte wahrscheinlich einen Blutungsherd im Verlaufe der aus der Zona Rolandi kommenden Fasern veranlaßt.

Beide Fälle gingen in Heilung aus. K. Boas.

L. Meyer, Kongenitale Subluxation des Knies nach vorn. (Zschr. f. orthop. Chirurgie 24. H. 1/2.) Je eher die Behandlung eingeleitet wird, desto größer sind die Aussichten. Reposition ist bald nach der Geburt vorzunehmen. Wenn sie erfolglos ist, so ist blutige Operation vorzunehmen. Das Haupthindernis ist meist der verkürzte Quadrizeps, der durch Tenotomie oder durch Verlagerung der Tuberositas tibiae verlängert werden kann. Ein Rezidiv kann durch die Schlaffheit der hinteren Kapsel, durch Schlaffheit des vorderen Ligamentum cruciatum, durch Anomalien der Gelenkflächen, durch Anteversion der Femurepiphyse und durch Muskelanomalien bedingt werden.

K. Boas.

A. Götzl und **R. Sparmann,** Zur Behandlung chirurgischer Tuberkulosen mit dem Tuberkulomuzin (Weleminsky). (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 28. H. 1.) Die Verff. unterzogen insgesamt 49 Fälle der Tuberkulomuzin(Weleminsky)behandlung. Es erzielte in 22 Fällen Besserung resp. Heilung, in 16 Fällen Verschlimmerung, 11 Fälle ließen keine Beeinflussung erkennen. Am meisten war eine günstige Beeinflussung zu konstatieren bei den Knochenprozessen. Weniger günstig lagen die Fälle von tuberkulösen Gelenkerkrankungen. Wechselnde Erfolge waren bei Lymphdrüsenerkrankungen zu beobachten. 4 Fälle, in denen Lungentuberkulose gleichzeitig vorlag, gingen tödlich aus. K. Boas (z. Zt. im Felde).

L. Nürnberger, Nachempfängnis und Vererbungsfragen bei der Erzeugung rassedifferenter Zwillinge. (Arch. f. Gyn. 102. H. 1.) Von einer weißen Mutter wurden Zwillinge (beides Mädchen) geboren, als Vater konnte nur ein Schwarzer in Frage kommen. Das

eine Kind war von normalem kaukasischen Typus, das andere zeigte scharf ausgeprägten Negertypus (Mulatte). Untersuchung über die Vererbung der Rassencharaktere, Mendelsches Gesetz. Die Erzeugung rasseungleicher Zwillinge muß durchaus nicht immer auf Überschwängerung beruhen. K. Boas.

St. Flaschen, Ein Beitrag zur Ätiologie der multiplen Sklerose. (Zschr. f. exper. Path. u. Ther. 16. H. 2.) Im Hinblick auf das häufige Auftreten der multiplen Sklerose im jugendlichen Alter, den eigentümlich wechselvollen Verlauf (das eine Mal schnell abklingende akute Anfälle, das andere Mal langdauernde chronische Perioden mit Remissionen und Intermissionen) nimmt Verf. einen tuberkulösen Ursprung der multiplen Sklerose an. K. Boas.

P. Neumann, Beitrag zur Statistik der Kinderkrankheiten Diphtherie, Scharlach, Keuchhusten, Masern in Preußen in den Jahren 1901—1902. (Zschr. f. Hygiene u. Infektionskrankh. 78. H. 3.) Bei den genannten Krankheiten macht sich in dem behandelten Zeitraum ein erfreulicher Rückgang in der Mortalität bemerkbar; am stärksten ist er beim Scharlach, am geringsten beim Keuchhusten, und Masern zeigen ein ähnliches Verhalten. Am größten ist die prozentuale Abnahme bei Diphtherie und Scharlach im 1. Lebensjahre, am geringsten im schulpflichtigen Alter. Die Diphtheriemortalität des 1. Lebensjahres zeigt einen ständigen Rückgang von Jahr zu Jahr; im Alter von 10—15 Jahren macht sich aber für die zweite Hälfte des Zeitraums ein auffallender Anstieg bis 1911 bemerkbar. Kinder von 3—5 Jahren erliegen am meisten an Diphtherie, von 5—10 Jahren dem Scharlach, im 2. Lebensjahr rafft Scharlach am meisten hinweg. Bei Diphtherie, Scharlach und Masern überwiegt die Mortalität des männlichen, beim Keuchhusten die des weiblichen Geschlechts. K. Boas.

G. C. Bolten, Pathogenese und Therapie der genuinen Epilepsie. (Mschr. f. Psych. u. Neurol. 33. 1913. H. 2.) Die Betrachtung der bisherigen Epilepsieliteratur führt zu folgenden Schlußergebnissen: 1. Die 2 Gruppen der meist kennzeichnenden pathologisch-anatomischen Abweichungen in cerebro, nämlich die Ammonshornsklerose und die Randgliose, werden nur in sehr chronischen Fällen angetroffen, die während des Lebens eine deutliche sekundäre Demenz zeigen; bei jungen Fällen kommen sie überhaupt nicht vor. 2. Umgekehrt sind die Ammonshornsklerose und die Randgliose durchaus nichts Spezifisches für Epilepsie, da die Randgliose ohne Ausnahme bei allen möglichen Psychosen vorkommt, bei denen Demenz auftritt (Dementia praecox, senilis, paralytica, alcoholica, Alzheimersche Krankheit usw.). Randgliose weist auf das Bestehen irgend einer nicht angeborenen Defektpsychose hin. Ammonshornsklerose und Randgliose sind die Folge und nicht die Ursache der Epilepsie. Letztere beruht auf einer Autointoxikation. Die eigenen Untersuchungen des Verf. erstreckten sich auf eine Anzahl von Epileptikern, die für geraume Zeit, meistens 3 Monate oder länger, einem bestimmten Regime unterworfen wurden:



1. Eine Reihe von Kranken erhielt leicht verdauliche, salzarme (nicht salzlose), überwiegend lakto-vegetabile Diät. Unter dem Einfluß dieser Diät schienen zwar bei Patienten, die vorher an habitueller Konstipation oder an ausgesprochenen Magendarmstörungen litten, die Anfälle sich etwas zu verringern, sie schwanden aber keineswegs.

2. Purinfreie Nahrung, eiweißarme sowie reine Milchdiät übten gleichfalls keinen deutlichen Einfluß auf die epileptischen Symptome aus.

3. Auch bei salzloser Diät (ohne gleichzeitige Bromdarreichung) war der Erfolg = 0.

4. Der frische Preßsaft von Thymus, Nebennieren und den anderen Drüsen mit innerer Sekretion (selbst in großer Menge eingegeben) hatte durchaus keinen Einfluß auf die Erscheinungen der Epilepsie, er führte insbesondere keinerlei Verschlimmerung der Krankheit herbei.

5. Hingegen schien von der Zusammenfügung des Preßsaftes der Glandulae parathyreoideae und der Schilddrüse eine sehr heilsame Wirkung auszugehen: einige Patienten wurden nahezu unmittelbar ganz frei von Symptomen, bei anderen dauerte das länger, bei einigen selbst sehr lange (z. B. 6—8 Monate), doch bei allen Fällen von genuiner Epilepsie trat eine sehr merkbare Besserung ein, sofern wenigstens noch keine sekundäre Demenz bestand. Brom wurde dabei ganz fortgelassen. Aus diesen z. T. überraschend guten Erfolgen folgert Verf., daß die Epilepsie auf einer Funktionsstörung des Thyreoidenorgans (Schilddrüse plus Epithelkörperchen) beruht. Allerdings reimt sich diese Tatsache nicht gut mit anderen klinischen Befunden, so z. B. daß bei Cachexia strumipriva so gut wie niemals Epilepsie vorkommt und daß umgekehrt bei Epilepsie keine myxödematösen Abweichungen gefunden werden. Verf. erklärt sich dies folgendermaßen: Die Schilddrüse bildet mit den Nebenschilddrüsen ein Organ, das sehr gewichtige, aber zugleich auch sehr verschiedene Funktionen erfüllt; es muß a) den Organismus von verschiedenen in die Zirkulation gelangten Giften befreien und b) den Stoffwechsel regeln und dafür einen bestimmten Einfluß auf andere Organe ausüben; bei Epilepsie ist die unter a) und bei Myxödem die unter b) genannte Funktion gestört, Funktionen, welche vielleicht an verschiedene Zellen oder an verschiedene Innervationen gebunden sind.

Die Epilepsie erscheint demnach dem Verf. als eine Vergiftung mit normalen Stoffwechselprodukten, die durch Hypofunktion der Schilddrüse und der Nebenschilddrüsen nicht genügend entgiftet wurden. Daher muß die Behandlung bestehen in (rektaler) Darreichung von frischem Preßsaft aus Thyreoidea und Parathyreoidea von Rindern. Auf dem Versuchswege muß bei jedem einzelnen festgestellt werden, welche Menge des Preßsaftes für ihn die günstigsten Folgen hat. In allen Fällen von echter Epilepsie, wo noch keine deutliche sekundäre Demenz eingetreten war, trat durch diese Therapie sofort nach längerer Zeit (mehrere Monate) eine deutliche Besserung auf. Hingegen hatte die Behandlung keinen Erfolg bei Epilepsiefällen, die symptomatisch zerebraler Natur waren und auf einer früheren Meningitis oder Meningoenzephalitis beruhten, ebensowenig bei Epilepsia tarda.

Die Insuffizienz der Schilddrüse und Nebenschilddrüsen ist vielleicht erst eine sekundäre Erscheinung, und zwar abhängig von Störungen im Ganglion infimum nervi sympathici.

In 85 % der Epilepsiefälle des Verf. bestand hereditäre Disposition, in 5 % der Fälle war sie zweifelhaft. Bei den erblich Belasteten war für gut die Hälfte der Fälle die indirekte Ursache der Epilepsie in der Trunksucht eines der Eltern oder beider zu suchen.

Kurt Mendel.

Mattissohn, Über einen Fall von Ophthalmoplegia totalis unilateralis bei hereditärer Syphilis und über Augenmuskellähmungen auf gleicher Basis. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. 111. 1912 H. 3.) Augenmuskellähmungen bei Erbsyphilis können anscheinend schon intrauterin entstehen oder aber im 1. und 2. Lebensjahre, meist jedoch handelt es sich um sogenannte Spätsymptome der hereditären Lues (jenseits des 5. Lebensjahres). Kann man Vergiftungen und toxische Schädigungen, wie etwa nach der Diphtherie, ausschalten, so muß man fast ausnahmslos die plötzlich auftretenden Augenmuskellähmungen bei Kindern auf Rechnung ererbter Lues setzen. Nur die zahlreichen angeborenen Paresen sind fast regelmäßig durch Agenesie oder Aplasie der entsprechenden Kerngebiete bedingt. Weder der Ausfall der Wassermannschen Reaktion noch der Erfolg der spezifischen Therapie sprechen an sich mit Sicherheit für die syphilitische Natur der Augenmuskellähmung im vorliegenden Falle, als diagnostisch wesentlich sind der ganze Verlauf und die klinischen Erscheinungen mitzuverwerten. Kurt Mendel.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

L. K. Glinski, Beiderseitige Lungenhypoplasie. (Aus dem pathologisch-anatomischen Institut der Jagellonischen Universität zu Krakau.) (W. kl. W. 1915 Nr. 6.) Den einzigen bisher bekannten Fall von beiderseitiger Lungenhypoplasie beschrieb Eppinger. Einen diesen ganz analogen Fall konnte jetzt Verf. beobachten. In beiden Fällen war außer der Lungenmißbildung allgemeiner Hydrops nachzuweisen. Eppinger betrachtet die allgemeine venöse Hyperämie und den Hydrops als Folgen der Lungenmißbildung.

In der Tat aber scheint Verf. die Sache sich anders zu verhalten, als sie durch die Eppingersche Annahme dargestellt wird. Das Vorhandensein der venösen Hyperämie kann nämlich in diesen beiden Fällen zwanglos dadurch erklärt werden, daß die bei diesen beiden Neugeborenen vorhandene Lungenmißbildung den Tod der Früchte nach ihrer Geburt durch Asphyxie herbeigeführt hat. Der allgemeine Hydrops bei den Neugeborenen gehört nicht zu den außerordentlichen Seltenheiten und kann im Fötalleben durch verschiedene, nicht immer, besonders bei der Autopsie des Neugeborenen selbst, konstatierbare Ursachen hervorgerufen werden, und zwar nicht nur durch pathologische Veränderungen von Organen des Fötus selbst, sondern auch durch diejenige der Mutter, bzw. der Plazenta. Irgendeine dieser Ursachen konnte auch in diesen beiden Fällen den allgemeinen Hydrops verursachen.

Anderseits scheint Verf. auch die Vermutung, die Lungenhypoplasie könne im Fötalleben die allgemeine venöse Hyperämie und den allgemeinen Hydrops verursachen, wenig begründet zu sein, und zwar

deswegen, weil die Bedingungen des Blutkreislaufs im Fötalleben bekanntlich von denjenigen im extrauterinen Leben durchaus verschieden sind: die Lungen stellen im Fötalleben ein untätiges Organ dar, der kleine Blutkreislauf funktioniert sehr schwach. In solchen Verhältnissen scheint Verf. diese Annahme — der allgemeine Hydrops sei Folge der Lungenmißbildung — doch wenig beweiskräftig zu sein. Falls das Kind mit Lungenhypoplasie etwas längere Zeit nach der Geburt gelebt hätte, dann wäre freilich die Annahme ganz möglich.

Aus diesen Gründen scheint Verf. eine andere — nämlich gerade der Eppingerschen entgegengesetzte — Vermutung viel besser motiviert zu sein. Der allgemeine Hydrops beim Fötus kann bekanntlich Folge verschiedener Ursachen sein; wenn dieser Hydrops in späteren Monaten des Fötallebens sich zu entwickeln beginnt, als die Entwicklung der Lungen bereits ziemlich weit fortgeschritten ist, dann kann er keinen merklichen Einfluß auf deren weitere Entwicklung ausüben; wenn aber der allgemeine Hydrops in einer sehr frühen Entwicklungsperiode zustande kommt, insbesondere wenn dabei eine etwas größere Menge des Transsudats sich in den Pleurahöhlen ansammelt hat, dann vermag höchst wahrscheinlich diese Flüssigkeit bereits durch ihre mechanische Wirkung den weiteren Entwicklungslauf der Lungen zu hemmen und daraus resultierend ihre Hypoplasie um so leichter zu bedingen, da dieses Organ wie bekannt im Fötalleben untätig ist oder ihm wenigstens seine Hauptfunktion mangelt — die Atmung.

Verf. schließt also mit der Annahme, daß in diesen beiden Fällen nicht der allgemeine Hydrops Folge der Lungenmißbildung ist, sondern im Gegenteil, der in früher Lebensperiode der Früchte sich entwickelnde Hydrops die Hemmung der normalen Lungenentwicklung und die davon resultierende Lungenhypoplasie verursachte. Freilich kann diese Vermutung erst durch reicheres, und zwar genau und allseitig untersuchtes und bearbeitetes Material beweiskräftiger unterstützt werden. Grätzer.

Jaroslav Stuchlík, Über die hereditären Beziehungen zwischen Alkoholismus und Epilepsie. (Aus der psychiatrischen Klinik der Universität Zürich.) (Schweiz. Korr.-Bl. 1915 Nr. 3.) Resümiert man die aus den Auseinandersetzungen hervorgehenden Resultate, so ergibt sich:

1. Unter den hereditär belastenden Krankheiten spielt die Epilepsie selbst keine große Rolle, denn nur 15,3 % sämtlich belasteter Patienten waren gleichartig belastet, direkt gleichartig nur 6,4 %, und von den sämtlichen untersuchten Patienten wiesen nur 9,5 % unter den Verwandten der Epileptiker überhaupt auf, unter direkten Vorfahren nur 4,1 %.

2. Die anderen belastenden Krankheiten — Hysterie, Dem. praecox, periodische Erkrankungen, Imbezillität, Idiotie, organische Geisteskrankheiten, allgemeine körperliche Leiden — stehen in ihrer Bedeutung der Epilepsie weit nach.

3. Bei starker Heredität scheinen die ersten Anfälle etwas früher aufzutreten.

4. Unter den hereditär belastenden Krankheiten bei Epilepsie ist quantitativ der Alkoholismus in erster Reihe zu nennen, denn ca. 40 %

aller belasteten Patienten hatten alkoholische Eltern, und ca. 43 % hatten unter ihren direkten Vorfahren mindestens einen Alkoholiker. Fast 30 % sämtlicher hereditär belastenden Momente macht der Alkoholismus aus. In 30 % der Epilepsien, bei welchen wir überhaupt etwas hereditär Belastendes finden, ist es allein der Alkoholismus, der hereditär in Betracht kommt.

5. 50 % aller Fälle, bei welchen die Eltern der Patienten alkoholisch waren, hatten ganz gesunde Vorfahren und Seitenverwandte; und in 58 % solcher Fälle finden wir in der Verwandtschaft keine andere Krankheit als den Alkoholismus.

6. In den Familien der Epileptiker ohne alkoholische Erzeuger spielt der Alkoholismus nur eine unbeträchtliche Rolle. Umgekehrt ist der Alkoholismus der Erzeuger relativ um ein Vielfaches häufiger als der der Seitenverwandten.

7. Die gefundenen Zahlen machen es also trotz ihrer Kleinheit äußerst wahrscheinlich, daß der Alkoholismus der Eltern von Epileptikern nicht eine bloße Ausdrucksform einer Familiendisposition sei, die sowohl Alkoholismus und Epilepsie erzeugt, sondern daß er eine wichtige Ursache der Epilepsie bildet. Grätzer.

J. Brdlík und **Z. Havlasa,** Über aktive Immunität bei Diphtherie. (Vorgetr. auf d. 5. Kongr. böhm. Ärzte in Prag 1914.) (Časopis českých lékařův 53. 1914 S. 1530 [böhmisch].) Verff. versuchten festzustellen, ob die geltende Ansicht, daß die Antidiphtherietoxine im Blute auch solcher Personen, die selbst an Diphtherie nicht erkrankt waren, aber mit den Diphtherischen in engen Kontakt gekommen sind, vorhanden sind. Die Resultate waren verschieden, denn einige langjährige Wärterinnen hatten sehr geringen Antitoxingehalt, dagegen andere, nur kurze Zeit in der Anstalt anwesende, einen beträchtlichen. Die Ansicht, daß die Ärzte und Wärter diphtherischer Patienten immun seien, ist also nur cum grano salis zu nehmen. Jar. Stuchlík.

J. Semerád, Ein Beitrag zur Serotherapie des Scharlachs. (Časopis českých lékařův 53. 1914 S. 1555 [böhmisch].) Verf. behandelte serotherapeutisch einige hundert Fälle von Scharlach. Meistens verwendete er das antiskarlatinöse Serum von Prof. Bujwid, in einigen Fällen auch das Serum des kaiserlichen Instituts für experimentelle Medizin zu Petersburg, appliziert Serum per injectionem und gibt in der Regel gleichzeitig 2 Ampullen, einigemal nacheinander. Die Resultate sind günstig; doch das Schlußwort läßt sich nicht sagen, da einerseits die prozentualen Verhältnisse der mit und ohne Serum behandelten Fälle nicht überzeugend genug differieren, und andererseits das Material nicht auf beide Seiten gleich verteilt wurde, namentlich was die Fälle mit Komplikationen betrifft. Trotzdem man sich bisher nicht definitiv aussprechen kann, kann man die Serumbehandlung nur empfehlen. Jar. Stuchlík.

Francesco Amenta, Contributo alla conoscenza di alcuni accidenti della adenopatia tracheobronchiale tuberculare nel bambini. (Beitrag zur Kenntnis gewisser Zufälle, welche im Verlaufe der Tuberkulose der tracheo-bronchialen Lymphdrüsen bei Kindern auftreten können.) Istituto di Clinica

paediatrica della r. Università di Palermo. (Rivista Ospedaliera Giornale di Medicina e Chirurgia. Rom den 30. Juni 1914.) In dieser Arbeit berichtet Verf. über den seltenen Fall des Todes durch Erstickung infolge plötzlicher Zerreißung erweichter tuberkulöser Lymphdrüsen, deren Inhalt sich in die Trachea entleerte. Es handelte sich um einen 7jährigen Knaben, welcher am 15. Oktober 1913 in die Universitätskinderklinik zu Palermo Aufnahme fand, nachdem er vor etwa 2 Jahren an Tuberkulose der tracheo-bronchialen Lymphdrüsen erkrankt war. Der schon länger bestehende Husten hatte vor zirka 2 Monaten eine bellende Beschaffenheit angenommen und war häufig von Erbrechen begleitet. Aus dem klinischen Befunde bei der Aufnahme ist hervorzuheben, daß der Perkussionsschall über dem 2. Interkostalraume deutlich abgeschwächt war. Die Röntgenuntersuchung zeigte folgendes Ergebnis: Über der oberen Thoraxhälfte bemerkt man zwei Schatten, rechts und links der Trachea, von welchen der rechte Schatten etwa die Größe eines Hühnereies, der linke aber diejenige eines Taubeneies besitzt.

Der Pirquet ist positiv, ebenso die Serodiagnose, und zwar 1:100 Bac. Koch.

Es wird eine Tuberkulinkur eingeleitet. Nach einigen Wochen ist eine wesentliche Besserung im Befinden des Knaben zu konstatieren, namentlich in bezug auf den Husten, welcher weniger heftig erscheint und nicht mehr von Erbrechen begleitet ist. Nachts traten indessen immer noch gelegentlich Hustenparoxysmen auf, welche den Schlaf störten und zu Zyanose führten.

Ungefähr 23 Tage nach seiner Aufnahme in das Hospital von Palermo wird der kleine Patient plötzlich, während er anscheinend ruhig mit einem Kinde im Nachbarbette spielt, hochgradig zyanotisch. Es folgt ein äußerst heftiger Erstickungsanfall; das Kind schreit nach Hilfe, krampfhafter Husten, inspiratorische und exspiratorische Dyspnoe, Leichenblässe des Gesichts und profuse Schweiße stellen sich ein. Zwei Stunden nach Beginn des Anfalls Exitus während der Atempause.

Als das Wesentlichste aus dem Sektionsbefunde wäre folgendes zu verzeichnen: Die Lymphdrüsen des Halses sind tuberkulös verändert und verkäst. Vor allem zeigt die oberhalb des rechten Trachealastes gelegene Drüsengruppe sich hochgradig erweicht. Hier sind die Drüsen geborsten und haben ihren Inhalt in das Lumen der Trachea entleert. Beide Hauptäste derselben sind durch Aspiration des dicken, käsigen Materials völlig verschlossen. Folge: Tod durch Erstickung. Es besteht weiter: Tuberkulose der Skapula, Tuberkulose der Milzkapsel sowie der Pulpa lienis und Hyperplasie des gesamten Lymphsystems.

Offenbar trat der Tod im vorliegenden Falle durch Erstickung ein, als Folge der Entleerung resp. Aspiration der tuberkulösen, käsig erweichten Drüsenmassen, welche die Trachea vollkommen verstopften. So erklärt sich das plötzliche Auftreten des Erstickungsanfalls, welcher von heftigem Husten ohne Auswurf begleitet ist, die rapide Entwicklung aller Zeichen der Asphyxie, die hochgradige allgemeine Zyanose und der profuse terminale Schweiß. Die Unterscheidung von Krupp und Pseudokrupp ist leicht, wenn wir die Anamnese und die begleitenden Umstände in Rechnung ziehen, während die Differentialdiagnose

gegenüber einem Fremdkörper in der Trachea schon schwieriger zu stellen sein dürfte. Kronecker.

R. Benon und **P. Denès,** Infantile Epilepsie und Asthenomanie. (Gazette des hôpitaux 1914 Nr. 12. 29. Jan.) 11 jähriger Sohn gesunder Eltern; ein Onkel mütterlicherseits „nervenkrank".

Resümee der Beobachtung. — Konvulsionen mit zwei Jahren. Geistige Schwäche. Erster epileptischer Anfall im 9. Jahre (1909). Später Häufigkeit von Schwindelanfällen, Seltenheit der großen Attacken. Kein Intelligenzdefizit. — Im November 1911 subintrante epileptische Anfälle: 250 Anfälle etwa in 2—3 Tagen. Tiefe Asthenie während einiger Tage. Allmählich Auftreten eines maniakalischen Zustandes: Euphorie, Logorrhoe, Gestikulationen, Singen, wiederholte Entweichungsversuche usw.; darauf Überführung in ein Asyl am 15. Dezember. Dauer der hypersthenischen Exzitation etwa einen Monat. Langsames Verschwinden derselben. — Kein Rückfall. Seit Jahresfrist keine epileptischen Anfälle mehr. Schwindel ganz selten. Versuchsweise Entlassung. Die Beobachtung ist ein typisches Beispiel von postepileptischer Asthenomanie. Der kleine Kranke blieb nach den gehäuften epileptischen Anfällen tief asthenisch; er schien nach und nach auf seinen normalen asthenischen Zustand zurückzukommen, aber er überschritt ihn, um ein Hypersthenischer zu werden.

Die postepileptische Manie ist gänzlich verschieden von der postepileptischen geistigen Verwirrtheit, selbst von der mit Agitation. Die aufgeregte Euphorie des Hypersthenischen hat nichts gemein mit den Störungen der Perzeptivität, der Aufmerksamkeit, des Erkennens, welche die geistige Verwirrtheit fundamental charakterisieren.

Hingewiesen sei auch darauf, daß sich bei dem Kranken der klinische Habitus der Epilepsie (Anfälle und Schwindel) seit dem astheno-maniakalischen Anfall vorteilhaft geändert hat. Bei einer über ein Jahr hinaus sich erstreckenden Beobachtung hat sich niemals mehr ein epileptischer Anfall eingestellt; und sehr selten hatte der Knabe Schwindel, und dies ohne Brombehandlung.

H. Netter (Pforzheim).

G. C. Roux, Die Bradykardie bei der Parotitis. (Pariser Thèse 1913.) Die erstmals 1901 in einer Arbeit von Lamouroux über den Meningismus verzeichnete Verlangsamung des Pulses wurde genauer erst von Chauffard und Boidin 1904 studiert. Beide Autoren führten die Bradykardie auf eine parotitische meningeale Reaktion zurück, und bestätigende Beobachtungen dieser Ansicht wurden von Dopter, Nobécourt und Brelet mitgeteilt. Andere Autoren indes beschuldigen einfach die Rekonvaleszenz. Das Studium der Bradykardie bei Parotitis wurde 1910 von T. Teissier und Schaeffer wieder aufgenommen, die an der Hand von 129 Beobachtungen feststellten, 1. die Häufigkeit der Bradykardie, die nur bei 16 Kranken fehlte; 2. die Häufigkeit einer zytologischen Reaktion, die durchaus nicht in Beziehung zum Nachweis der klinischen meningealen Erscheinungen steht. Diese Schlußfolgerungen werden aufs neue in der Arbeit von Verf. formuliert.

Die klinischen Untersuchungen des Verf. erstreckten sich auf 274 Beobachtungen, die sich auf 230 Erwachsene oder Adoleszenten

und 44 Kinder von 3—15 Jahren verteilen. Aus diesen Untersuchungen geht hervor, daß die Bradykardie als ein Symptom der Mumpsinfektion betrachtet werden kann. Sie ist sozusagen konstant während des Ablaufs der Mumpserkrankung, und bekommt so eine diagnostische Bedeutung in den zweifelhaften Fällen, besonders wenn die zuweilen ephemere Schwellung der Ohrspeicheldrüse nicht mehr erkennbar ist.

Der Grad der Bradykardie ist meist von mittlerer Stärke (50 Pulsationen pro Minute), die mindeste Ziffer scheint 40 Schläge pro Minute zu sein. In ihrer Begleitung findet sich keine der funktionellen Störungen, die man bei den ausgesprochenen Bradykardien, insbesondere beim permanent langsamen Puls trifft.

Die graphische Prüfung zeigt, daß es sich um eine totale Bradykardie handelt und daß es niemals zu Leitungsstörungen des Hisschen Bündels kommt. Man kann sie zur Gruppe der nervösen Bradykardien zählen; sie ist vorübergehend, wechselnd, läßt unter dem Einfluß von Lageveränderungen, Anstrengung, Respiration, Deglutition, Gemütsbewegungen, Fieber nach. Sie verschwindet nach Injektion von genügenden Dosen von Atropinsulfat.

Experimentell ist diese Bradykardie nur ausnahmsweise beim Hunde durch Injektion von Blutserum Mumpskranker erzeugt worden.

Hinsichtlich der Pathogenese scheint sie dem Vorhandensein einer sehr leichten meningealen Affektion zuzuschreiben zu sein, welche fast konstant den Verlauf der Mumpsinfektion begleitet. Diese Mitbeteiligung wird erwiesen durch die häufig zu beobachtenden klinischen Erscheinungen und durch die zytologischen Reaktionen der Spinalflüssigkeit. H. Netter (Pforzheim).

Fernando Schweizer, Aortitis acuta ulcerosa et infectiosa bei einem 14jährigen Kind. (Revista de la Sociedad médica Argentina 1913, Mai/Juni.) Der an sich schon, aber noch mehr durch das Alter des Kranken recht seltene Fall betrifft einen 14jährigen Knaben. 11 Tage vor der Aufnahme war er in Krankheit verfallen, die mit hochgradigen Schmerzen im linken Fuß und in der linken Brustseite begann. Es bestanden auch Fieber, Delir, Diarrhöe und häufige Hustenanfälle. 4 Jahre zuvor Pneumonie. Bei der Aufnahme konstatierte man zunächst Zeichen von Gangrän an den linken Zehen, außerdem Rötung und Ödem der Knöchelgegend. Über den Lungen große und mittlere Ronchi. Am linken Sternalrand entlang leichtperikardiales Reiben, der einzige Befund in der Herzgegend. Puls 84; Leib wenig eingezogen und der Sitz eines diffusen Schmerzes. Heftige Schmerzen empfand das Kind, wenn es zum Auskultieren aufsetzte. Blutuntersuchung: 9400 Leukozyten gegen 3410000 Erythrozyten. Außer Spuren von Eiweiß nichts Besonderes im Urin. Widal negativ; Blutkulturen acht Tage post recept. angelegt, lieferten zahlreiche Kolonien von Staphylokokken. 25 Tage post recept. Exitus. Die unregelmäßige Temperaturkurve schwankte zwischen 37° und 39°, zeigte aber nur in Intervallen und ziemlich selten große Schwankungen.

Bei der Autopsie fand sich das Perikard in der Gegend der Spitze des Herzens stark adhärent. Dieses letztere war etwas hypertrophisch,

aber irgendeine Veränderung am Klappenapparat war nicht auffindbar. An der Stelle, wo der Bogen der Aorta zur Aorta descendens wird, und knapp nach dem Ursprung der großen Halsgefäßstämme verstopfte ein starker Thrombus teilweise das Lumen dieses Gefäßes; nach vorsichtiger Lösung desselben zeigte sich, daß er einen ziemlich großen Substanzverlust der Aorta ausfüllte; eine eingeführte Sonde drang bis unter die Pleura mediastinalis. Die Obturation wurde gebildet teils von der Pleura mediastinalis und teils von einem verdickten und adhärenten Lungenläppchen. Symptome eines Typhus fanden sich nicht, aber multiple Milz- und Nierenabszesse.

Die histologische Untersuchung ergab Staphylokokken in den der Perforation angrenzenden Thrombuspartien; an dieser Stelle zeigte die Aortawand eine deutliche entzündliche Infiltration. Dagegen konnte kein Krankheitsherd in der Nachbarschaft gefunden werden, der die Annahme nahegelegt hätte, daß die Veränderungen in der Aorta sekundäre eines irgendwo entstandenen Prozesses gewesen wären. Andererseits schloß das Fehlen jeder sonstigen Veränderung in der Aorta eine Endarteriitis allem Anschein nach aus. Ob die Schädigungen der Aorta die in Nieren und Milz nach sich zogen oder ob all diese gleichzeitige Folgen der septikämischen Invasion waren, konnte nicht festgestellt werden. H. Netter (Pforzheim).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Verhandlungen der dänischen pädiatrischen Gesellschaft.

27. Sitzung vom 11. November 1913.

Es war eine gemeinschaftliche Sitzung zusammen mit der medizinischen Gesellschaft und der Gesellschaft für physische Therapie und Diätetik. Der Diskussionsgegenstand war: Die Ätiologie, Klinik und Behandlung der Poliomyelitis. Für die pädiatrische Gesellschaft sprach als Einleiter Prof. Monrad: **Beiträge zur Klinik und Behandlung des akuten Stadium der Poliomyelitis.**

28. Sitzung vom 10. Dezember 1913.

1. Prof. Monrad: **Luxatio congenita multiplex.** Es handelte sich um einen Knaben, der schon im Alter von 4 Monaten 1908 vor der Gesellschaft demonstriert wurde. Unter seinen vielen angeborenen Gelenkdeformitäten konzentrierte damals das Interesse sich um seine doppelseitige Luxatio genu praefemoralis. Nach Reposition gelang es durch Bandagen, Reluxationen zu verhindern und recht befriedigende Verhältnisse in beiden Kniegelenken zu erhalten; er war jetzt aufgenommen wegen Behandlung seiner doppelseitigen Hüftverrenkung. Alle die übrigen Gelenke sind auch sehr lose, nur die Gelenke des Kiefers, des Schlüsselbeins und der Columna sind normal. Wenn er die Arme hebt, tritt eine Luxatio infraglenoidalis auf, alle die Fingergelenke und die Gelenke des Fußes und der Zehen können luxiert werden, auch die Kapsel und Bänder der Ellenbogen- und Handgelenke sind sehr schlaff.

2. Prof. Monrad: **Ein Fall zur Diagnose.** Es handelt sich um einen ausgeprägten Fall von **Lipodystrophia progressiva** bei einem 8jährigen Mädchen. Das Leiden begann, als es $2^1/_2$ Jahre alt war, in direktem Anschluß an eine normal verlaufende Rubeola. Zuerst trat eine Abmagerung der Nates auf, später der unteren Extremitäten, des Körpers und der oberen Extremitäten, aber das Gesicht war noch unbeeinflußt, und die Krankheit ließ sich damals nur erkennen, wenn das Mädchen nackt war. Als es 6 Jahre war, begann auch das Gesicht abzumagern, bis es sein jetziges eigentümliches Aussehen bekam. Gleichzeitig mit dem Fett-



schwund schien eine Muskelhypertrophie aufzutreten. Die Hypophysisgegend war bei Röntgendurchleuchtung normal. Thyreoidinbehandlung wäre vielleicht indiziert.

Diskussion. Dr. Asmund glaubt nicht, daß eine Muskelhypertrophie vorhanden war, dieselbe war nur anscheinend.

Prosektor Dr. Melchior hat neulich ein Stück Haut von einem anderen Patienten mit Lipodystrophia progressiva mikroskopiert, es war durchaus kein Fettgewebe vorhanden. Fand nicht Thyreoidinbehandlung indiziert. Dr. Krabbe, der den von Melchior erwähnten Fall genau kannte, glaubt auch nicht, daß es sich um wahre Muskelhypertrophie in dem demonstrierten Fall handelte.

3. Prof. Monrad: **Ein Fall von diffuser Hirnsklerose.** Es handelt sich um einen Bruder der Patientin, die im Dezember 1911 vor der Gesellschaft demonstriert wurde, und die Krankengeschichte war eine genaue Kopie des damals beschriebenen Krankheitsbildes. Wie die Schwester war er rechtzeitig geboren, die Entbindung natürlich. Er bekam Brustnahrung und gedieh ausgezeichnet die ersten 3—4 Monate. Das Leiden begann in seinem 5. Lebensmonat mit periodischem Auftreten von tonischer Steifigkeit der Arme und Beine, von starkem Schreien begleitet. Kein Erbrechen, kein Bewußtheitsverlust. Leichte Temperatursteigerungen. In den freien Intervallen war er matt und schläfrig. Bei der Aufnahme, ca. 1 Monat nach dem Anfang der Krankheit, war er noch in gutem Ernährungszustand, von guter Farbe, sonst aber sehr leidend, meistens in einem tonischen Steifigkeitszustand mit zurückgebogenem Kopfe; ab und zu traten schmerzvolle tonische Spasmi auf, wo die Unterextremitäten gekreuzt und in den Kniegelenken hyperextendiert, die Arme gestreckt und abduziert, die Fäuste geballt wurden; das Genick war während diesen Anfällen stark zurückgebogen und der Rücken gekrümmt, so daß er einen Zirkelbogen bildete. Starker Schweiß während der Anfälle. Die Anfälle konnten spontan entstehen, ließen sich auch durch starke Lichteindrücke oder durch Berührung auslösen. Ab und zu Nystagmus. Wechselnde Temperaturverhältnisse, bisweilen über 40°, gewöhnlich niedrigere Temperatur. Bisweilen Erbrechen, kaum Bewußtlosigkeit, dagegen beginnende Blindheit (beginnende Atrophie des Nervus opticus). Starke Hyperästhesie. Spannung der Fontanelle normal. Keine Tetaniesymptome. Die galvanische Reizung herabgesetzt, keine Degenerationsreaktion. Sehnenreflexe erhöht. Übrige Organuntersuchung zeigte nichts Abnormes. v. Pirquet und Wassermann negativ. Spinalflüssigkeit normal. Die Krankheit hatte jetzt 7 Monate gedauert, ab und zu traten Kollaps und Schluckbeschwerden auf, so daß Exitus bald zu erwarten ist. In der Sitzung der Gesellschaft im Mai 1912 besprach der Vortr. die pathologisch-anatomische Untersuchung des Gehirns der Schwester, die außer Sklerose des Cerebrum, des Cerebellum, des Hirnstamms und des Rückenmarks Mikropyrie zeigte. Unter dem normalen Cortex wurde ein ca. 2 mm breiter heller Streif von dem Aussehen gewöhnlicher Marksubstanz gefunden, aber schon hier wurden degenerierte Nervenfäden und große, oft mehrkernige Gliazellen gefunden. Innerhalb dieses Streifes war die Marksubstanz von einer eigentümlichen grauen, durchscheinenden Farbe, und hier wurde eine große Menge Gefäße mit starker Zellenproliferation in der Adventitia der Gefäße gefunden, außerdem keine oder nur unbedeutende Reste von Markscheiden, indem praktisch genommen alle Nervenfäden verloren gegangen waren; und als Ersatz derselben wurde eine kolossale Gliawucherung beobachtet, von einer Intensität wie bei keinem anderen Gehirnleiden. Die Frage ist, ob die Gliaproliferation primär ist, oder ob es sich um eine primäre Nekrose der Markscheiden mit sekundärer Gliose handelt. Gegen die erste Annahme spricht der Umstand, daß der Prozeß ausgeprägt perivaskulär ist, daß er ausschließlich zum Mark begrenzt ist und endlich, daß die Zerstörung der Markscheiden so ausgesprochen ist, daß es kaum anzunehmen ist, daß sie vom Druck des vermehrten Gliagewebes verursacht wird. Vortr. glaubt, daß es sich um eine subkortikale Enzephalitis handelt, bei welcher das Nervengewebe zerstört und von Gliagewebe ersetzt wird, und vielleicht diffundieren Toxine durch die Gefäßwände und rufen die Markscheidenzerstörung hervor. Der akute Anfang konnte darauf deuten, daß die Krankheit von toxi-infektiöser Art wäre; gewisse hereditäre Anlagen spielen doch gewiß eine Rolle.

Diskussion. Dr. Krabbe: Haberfeld und Spieler beschrieben einen Fall, dessen Bruder an derselben Krankheit gestorben war.



Dozent Bloch hat 5 Fälle dieser Krankheit beobachtet. Zwei der Fälle waren Geschwister, der Großvater litt an juveniler Psychose. In zwei anderen Fällen waren die Eltern Alkoholisten.

4. Privatdozent Dr. Vald. Poulsen: **Ein tödlich verlaufender Fall von Hämatemesis bei einem 9 jährigen Mädchen.** Es handelte sich um eine tödliche Blutung von einer Ösophagusvarix, die durch Stase in dem Pfortadersystem wegen einer Milzzirrhose verursacht war.

5. Idem: **Demonstration einer Patientin mit Chondrodystrophia foetalis.**

6. Prof. Monrad demonstriert eine **Taenia cucumerina,** von einem 9 Wochen alten Brustkinde spontan abgegangen. Der Hund der Familie war an „Bandwurm" gestorben.

7. Privatdozent Vald. Poulsen: **Über Rohmilchgerinnsel in den Stühlen der Flaschenkinder.** In extenso in dem Jahrb. f. Kinderheilkunde (1914 Bd. 79) veröffentlicht.

Diskussion. Prof. Monrad: Die Untersuchungen bewiesen, daß Kaseinkoageln unverdaut durch den Darmkanal der Säuglinge ausgeschieden werden konnten. Er glaubt, daß es berechtigt war, eine Albuminstoffdyspepsie aufzustellen; will bei einer späteren Gelegenheit zu diesem Punkt zurückkommen.

Privatdozent Adolph Meyer glaubt, daß diese Rohmilchkoageln, die schon von Czerny und Keller erwähnt wurden, von ziemlich unschuldiger Natur sind.

Oberarzt Wernstedt, der als Gast den Verhandlungen beiwohnt, hat oft diese Koageln bei Säuglingen, die rohe Milch bekamen, beobachtet, glaubt auch nicht, daß sie von pathologischer Bedeutung sind.

Vald. Poulsen: Es ist richtig, daß andere angenommen hatten, daß die Klumpen unverdauten Kasein enthielten; es war jedoch früher nicht bewiesen.

Adolph Meyer: Uffenheimer und Takeno hatten doch neulich Kasein in den Stüblen durch serologische Untersuchungen nachgewiesen.

Vald. Poulsen: Diese Forscher hatten nicht mit Rohmilchgerinnseln gearbeitet.

Prof. Monrad verneint, daß diese Gerinnsel ohne pathologische Bedeutung sind.

29. Sitzung am 25. Februar 1914.

1. Dr. P. Hertz: **Ein Fall von angeborener Pylorusstenose mit atypischem Verlauf.** Es handelte sich um ein rechtzeitig geborenes Mädchen, das in der Entbindungsabteilung des Reichshospitals geboren wurde. Geburtsgewicht 2700 g. Am zweiten Lebenstag begann sie explosives Erbrechen nach jeder Mahlzeit, die aus kleinen Mengen ausgemolkener Mutter- und Ammenmilch bestand, zu bekommen. Am fünften Lebenstag sah der Vortr. sie erstmals. Kleines, mageres Kind. Unmittelbar nach der Mahlzeit zeichneten die Magenkonturen sich deutlich durch die Magenwand, und typische Magenperistaltik wurde beobachtet. Der Pylorus ließ sich 2 cm rechts von der mittleren Linie unterhalb des Leberrandes palpieren. Typischer Inanitionsstuhl. Gewicht am zehnten Tag 2030 g. Am zwölften Tag verminderte sich das Erbrechen, zwei Tage später hörte es auf. Pylorus ließ sich nicht mehr palpieren, die Peristaltik konnte noch 2 Monate beobachtet werden.

2. Idem: **Über Kuhmilchidiosynkrasie bei Säuglingen.** Es handelte sich um einen 3 Monate alten Säugling, der ausgesprochene Idiosynkrasie gegenüber Kuhmilch zeigte, indem 20 g, von welchen ein großer Teil erbrochen wurde, typische Intoxikationssymptome hervorrief. Im Anschluß der Demonstration des Patienten besprach der Vortr. die verschiedenen Hypothesen über das Leiden.

Diskussion: Prof. Monrad hat nur einen Fall von Kuhmilchidiosynkrasie beobachtet, nämlich bei einem 2 Jahre alten Kind, das sehr neuropathisch belastet war. Dieses Kind konnte Rahm vertragen, aber bekam selbst bei kleinen Mengen Kuhmilch akute Intoxikationssymptome.

Oberarzt Wernstedt ist geneigt, das Leiden als eine Art Anaphylaxie zu betrachten.

Dozent Bloch: Neuropathische Disposition kann nicht diese Fälle erklären.



3. Dr. Aage Bojesen: **Ein Fall von Ollierscher Wachstumstörung.** In diesem Zentralblatt nach Hospitalstidende 1914 Nr. 33 und 34 referiert.

4. Dozent C. E. Bloch: **Demonstration einer Patientin mit Parese und Atrophie der einen oberen Extremität als Folge von Geburtstrauma.**

30. Sitzung vom 1. April 1914.

1. Dozent C. E. Bloch: **Zwerghafter Wuchs und Myxödem.** Es handelte sich um zwei Patientinnen mit atypischem Myxödem. Gute Besserung durch Thyreoidinbehandlung.

Diskussion. Oberarzt Bing ist nicht sicher, daß es sich um Myxödem handelte. Einfacher Infantilismus kann auch durch Thyreoidin günstig beeinflußt werden.

Prof. Monrad hat einen Fall von Nenismus durch Thyreoidin mit glänzendem Erfolg behandelt und faßte den Fall als ein Hypothyreosis auf. Wenn Thyreoidin eine so frappante Wirkung hatte, war der Zwergwuchs von Athyreosis oder Hypothyreosis verursacht und nicht ein einfacher Infantilismus, wie Bing meinte.

Dozent Bloch: Die Knochenkerne waren in meinem Fall sehr mangelhaft entwickelt, was auf Myxödem deutete.

2. Diskussion nach der **Demonstration einer Patientin mit Erb-Duchenne-scher Paralyse.** (Dozent Bloch in voriger Sitzung.)

Prof. Monrad fragt den Oberakkoucheur Prof. Meyer, ob er Fälle von dem Klumpkeschen Typus beobachtet hat.

Prof. Meyer hat nie Lähmungen des Klumpkeschen Typus, nur des Erb-Duchenneschen Typus beobachtet, doch auch isolierte Radialis- oder Medianuslähmungen. Oft wurde eine Epiphyselösung des oberen Humerusendes als Erbsche Lähmung diagnostiziert. Er fragt, ob Neurolysis oder Neuroraphia bei diesem Leiden von den Kinderärzten versucht worden war; diese Operation wurde von Engländern und Amerikanern empfohlen.

Prof. Slomann hat auch nicht Fälle mit Lähmung der Fingerbeuger und der kleinen Handmuschel beobachtet, nur Erb-Duchennesche Lähmungen. Bei älteren Kindern und Erwachsenen war keine vollständige Lähmung länger vorhanden, dagegen Atrophie aller anatomischen Elemente des Arms und konstant eine eigentümliche und typische Deformität des Arms, nämlich eine fixierte Pronation, teils von Einwärtsrotation des Schultergelenks, teils von Pronationstorsion des ganzen Armskeletts in Verbindung mit Einschränkung der Supination des Unterarms verursacht. Diese Deformität ließ sich durch transverselle Osteotomie des Humerus unterhalb der Deltoideusinsertion mit nachfolgender Auswärtsdrehung des Arms und Fixation mit Silbernähten in der korrigierten Stellung behandeln. Er empfiehlt diese später u. a. von Vulpius beschriebene Operation.

Prof. Meyer glaubt, daß es sich in den von Slomann erwähnten Fällen um Epiphyselösungen handeln konnte.

Prof. Slomann: In den erwähnten Fällen waren Röntgenuntersuchungen vorgenommen und keine Skelettläsionen nachgewiesen. Überhaupt spielten Epiphyselösungen des oberen Humerusendes bei der Geburt kaum eine praktische Rolle. Die in seinen Fällen vorhandene Pronationsdeformität in Verbindung mit der unregelmäßig charakteristisch verteilten Muskelatrophie (auch des M. infraspinatus) war für eine periphere Läsion der Nervenbahnen beweisend.

3. Dozent Bloch: **Über einige Leiden bei Kindern, während lange dauernder Ernährung mit Kohlehydraten entstanden.** In der Diskussion lenkten Hindhede und A. Meyer die Aufmerksamkeit auf die Mängel von Vitaminen als Ursache der Ernährungsleiden, die durch lange dauernde Kohlehydraternährung bei Kindern entstehen können. Prof. Monrad glaubt, daß die Einförmigkeit der Nahrung das Leiden verursachte. Dozent Bloch war der Ansicht, daß das Fehlen von Lipoiden die wesentlichste Ursache war.

31. Sitzung vom 13. Mai 1914.

Dr. Aage Bojesen: **Demonstration eines Patienten mit Osteochondritis deformans juvenilis coxae.** Es handelte sich um einen typischen Fall bei einem 5 Jahre alten Knaben.

Diskussion. Prof. Slomann: Das sogenannte Trendelenburgsche Symptom wird durch relative Insuffizienz der Abduktoren verursacht. Oberarzt Hertz hat 5 Fälle beobachtet. Das klinische Bild ist oft von einer Coxitis nicht zu unterscheiden. Die Röntgenbilder sind notwendig, um die richtige Diagnose aufzustellen. Alle seine Fälle hatten negative v. Pirquetsche Reaktion. Er zieht den Namen Perthes-Calvésches Leiden vor, es handelt sich nicht um eine Osteochondritis, sondern um eine Ernährungsstörung des Knochens. Das Leiden ist dieselbe Krankheit wie das Köhlersche Leiden des Os naviculare und der Patella.

Privatdozent Vald. Poulsen: **Ein Fall zur Diagnose.** Es handelte sich um eine febrile multiple Periostitis bei einem 5jährigen Knaben. Tuberkulinreaktionen und Wassermannreaktion negativ (auch bei den Eltern). Die Ursachen des Leidens unbekannt. Salizylbehandlung war ohne Wirkung.

2. Prof. Monrad: **Über kutane und perkutane Tuberkulinreaktionen bei Kindern.** (In diesem Zentralblatt 1915 nach Ugeskrift for Läger, 1914 Nr. 33 referiert.)

Diskussion. Oberarzt Hertz hat im Küsthospital Refsnäs 864 Patienten mit der v. Pirquetschen Reaktion untersucht. Er fand verhältnismäßig oft negative Reaktion, nämlich in 18,6% der Fälle. (Es handelt sich im Küsthospital überwiegend um tuberkulöse Patienten); unter den negativ reagierenden waren 20 Fälle von tuberkulöser Peritonitis, von welchen drei Aszites hatten. Nur ein Patient mit fungösem Leiden reagierte negativ. (41 dagegen positiv.)

Oberarzt Bing glaubt, daß die Ursache des Unterschieds in der Zahl der positiven Reaktionen zwischen dem Material von Monrad und Hertz sich durch Anwendung verschiedener Tuberkuline erklären läßt. Monrad hat dänisches Tuberkulin angewandt, das ein Teil stärker als das von Hertz angewandte deutsche Tuberkulin war. Man soll immer eine Stärkebestimmung nach der Methode von Ellermann und Erlandsen ausführen, wenn man ein neues Präparat in Gebrauch nimmt.

3. **Generalversammlung.** Das Präsidium wurde wieder erwählt.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Aus anderen Vereinen und Versammlungen.

Katzenstein: **Gerbung der Gelenkbänder zur Heilung des Plattfußes und anderer Deformitäten.** (Siehe das Referat in dieser Nummer.)

Diskussion. Karewski: Das, was Katzenstein hier vorgetragen hat, mag richtig sein; ich vermisse aber in seinem Vortrage die bündigen praktischen und theoretischen Beweise dafür. Ich habe nicht die Überzeugung gewonnen, daß durch eine Einspritzung von Formalin die Gelenkbänder des Lebenden elastischer werden. Sie mögen durch entzündliche Vorgänge, durch den chemischen Reiz kürzer geworden sein; daß sie elastischer geworden wären, ist durch die angeführten Fälle nicht dargetan. Es ist auch nicht durch seine Experimente einwandfrei festgestellt, daß ein Band, welches durch eine Belastung in dem Sinne, daß ein Gewicht angehängt wird, länger wird, weniger Festigkeit hätte als ein anderes; denn die Bänder, die Katzenstein benutzt hat, sind von der Leiche gewonnen. Es kann sich sehr wohl unter den Verhältnissen, unter denen Katzenstein seine Prüfungen vorgenommen hat, eine Veränderung eingestellt haben durch chemische Vorgänge, durch faulige Prozesse usw., die bei seinem Experiment die Längendifferenzen erzeugt haben, aus denen er schloß, daß ein Band weniger fest sei, weniger Halt gebe als das andere. Bei dem Genu valgum eines Kindes, an dem er den Erfolg seiner neuen Behandlung demonstrieren sollte, erscheint es sehr zweifelhaft, ob die Injektion des Formalins und nicht vielmehr der sechs Wochen lang unter Redressement getragene Gipsverband das Resultat herbeigeführt hat. Wenigstens sind wir imstande, bei jungen Kindern mit nicht gerade exzessivem Genu valgum — und exzessiv wird es wohl auch nach dem Bilde nicht gewesen sein — ausschließlich durch Redressement und Gipsverband, der sechs Wochen lang getragen wird, die gleiche Besserung zu erzielen. Für mich ist auch noch nicht bewiesen, daß der Fall von Plattfuß, den er gezeigt hat, durch das Formalin geheilt worden wäre; denn auch dieser Fall ist mit Gipsverband versehen worden, und wer viele Plattfüße in seine Behandlung bekommt, wird wohl wissen, daß er gelegentlich einen unter den verschiedensten Methoden vergeblich

behandelten Fall mit Gipsverband in einen erträglichen Zustand bringen kann, der von dem Patienten als Heilung aufgefaßt wird. Es wird sich fragen, ob diese Patienten nachher noch orthopädischer Maßnahmen, Plattfußeinlagen, orthopädische Stiefel usw. benötigt haben. Darüber hat Katzenstein nichts gesagt. Zunächst also ist der Beweis für die therapeutische Wirksamkeit der Methode nach meiner Meinung nicht erbracht. Ich glaube aber noch weiter, daß auch die Theorie anfechtbar ist. Es steht durchaus nicht fest, daß der Plattfuß immer — wenn wir zunächst auf diesen eingehen wollen — durch schlaffe Bänder hervorgerufen wird; ich glaube vielmehr, daß häufig Knochendeformitäten das Primäre sind. Wenigstens sieht man nicht selten, daß Leute mit außerordentlich kräftigem Körperbau, die die schwersten körperlichen Arbeiten verrichten können und über starke Bänder verfügen, Schmiede und Angehörige ähnlicher Berufsarten, ganz exzessive Plattfüße haben, obwohl sie am übrigen Körper keinerlei Zeichen dieser Diathese darbieten, von der Katzenstein andeutungsweise gesprochen hat. Ganz sicher aber ist beim Genu valgum bekanntlich die Knochenanomalie ausschlaggebend. Kurz und gut, wenn auch derartige Versuche fortgesetzt werden sollten, so ist doch der Beweis dafür, daß die „Gerbung" der Bänder einen heilenden Effekt gehabt habe, bisher nicht erbracht.

Hildebrand: Sind diese Injektionen von Formalin nicht sehr schmerzhaft? Vielleicht erinnern Sie sich an die Zeit, wo Formalininjektionen gegen Gelenktuberkulose empfohlen wurden. Ich habe damals auch Versuche damit gemacht, habe es aber nachher nie wieder gewagt, das einem Patienten zuzumuten, weil geradezu entsetzliche Schmerzen auftraten, die auch mit großen Morphiumdosen nicht zu bekämpfen waren. Ich kann mich deshalb des Verdachtes nicht erwehren, daß auch hier die Formalininjektionen sehr schmerzhaft sind.

Helbing: Soweit ich Katzenstein verstanden habe, will er durch Formalininjektionen in erster Linie eine Verkürzung, eine Schrumpfung der Bänder erreichen, und er kann in diesem Falle sicherlich einen Plattfuß günstig beeinflussen. Ich würde diese Methode, wenn sie sich bewähren sollte, auch für andere Erkrankungen begrüßen und möchte an Katzenstein die Frage richten, ob er auch bei anderen Erkrankungen Versuche gemacht hat. Ich denke da vor allen Dingen an Fälle von partiellen Fußlähmungen nach Poliomyelitis. Sie kennen alle die Fälle, bei denen der Fuß nur als schlaffes Anhängsel herunterhängt, wo die Patienten beim Gehen immer dadurch gestört sind, daß sie mit der Zehe am Fußboden festkleben. Es ist dies meist durch eine Abknickung im Metatarso-Tarsalgelenk verursacht. (Demonstration an der Tafel.) Diese Fälle stellen eine große crux für die Orthopäden dar. Man hat zur Beseitigung dieses Spitzfußes, speziell des Vorderfußes, die Arthrodese vergeschlagen; sie ist aber ein Verfahren, das man bei Kindern überhaupt vermeiden sollte, weil es leicht zu Wachstumsstörungen führt. Dann hat man die Tenodese angegeben, die ich für brauchbarer halte, d. h. also die Verkürzung der Gelenkbänder durch Naht und Raffung der Sehnen, die in Betracht kommen, um auf diese Weise eine Besserung der Stellung zu erreichen. Leider gelingt dies nur in den wenigsten Fällen; fast immer treten Rezidive ein. Wenn sich das Katzensteinsche Verfahren bewähren sollte, würden wir hier, glaube ich, unseren Patienten mit einem viel einfacheren Verfahren nützen können. Ich möchte deshalb Katzenstein fragen, ob er seine Methode schon bei solchen Fällen angewandt hat.

J. Israel: Was versteht Katzenstein unter Gerbung am lebenden Gewebe? Dieser Begriff muß erst einmal definiert werden. Ich könnte mir nur zweierlei Wirkungen vorstellen, wenn man in ein lebendes Gewebe Formalin oder äquivalente Substanzen einspritzt; die eine wäre, daß bei schwachen Lösungen ein Reizungszustand entstünde, der zur Bildung von Granulationsgewebe führt, das schließlich in Narbengewebe übergeht. Die Wirkung stärkerer Konzentration wäre, daß das Band zum Teil aseptisch nekrotisch würde und nun eine Neubildung von Bindegewebe stattfände, welches dieses nekrotische Gewebe ersetzt, ähnlich wie wir das bei aseptischen Knochennekrosen sehen. In beiden Fällen würden wir es mit einem neugebildeten Gewebe zu tun haben: einem Narbengewebe oder einem Substitutionsgewebe. Nun lehrt aber die Erfahrung, daß neugebildete Gewebe auf die Dauer eine geringere Widerstandsfähigkeit entfalten als die originären. Wenn mir deshalb Katzenstein nicht glaubhaft machen kann, daß die Wirkung der Injektion nur auf einer molekulären Veränderung, ohne gröbere Gewebsschädigungen beruht, würde ich mir theoretisch nicht vorstellen können,

daß die Widerstandsfähigkeit eines Bandes durch die Injektion gesteigert wird. Ich möchte ferner bezüglich der interessanten Experimente über die Dehnbarkeit von Hundesehnen fragen, wie lange man das Tier nach der Injektion hat leben lassen. Denn nur wenn dieser Zeitraum ein genügend langer gewesen wäre, könnte man von einem definitiven Erfolg des Verfahrens sprechen.

Wollenberg: Wenn wir mit Formalin ein Bindegewebe zum Schrumpfen bringen und es fester und auch dauerhafter machen können, so glaube ich doch, daß dies Verfahren nur in den Fällen von Plattfuß Anwendung finden könnte, die wir als „Knickfuß“ bezeichnen. Und gerade diese Form läßt sich vorzüglich durch Einlagen mit supiniertem Fersenteil beseitigen; der richtige Plattfuß dagegen ist eine so enorme Deformität mit so kolossalen und zahlreichen Veränderungen der Knochen und Gelenke, daß man da schließlich beinahe den ganzen Fuß, beinahe alle Bänder — wenigstens auf der einen Seite — umspritzen müßte, und selbst dann glaube ich nicht, daß es möglich wäre, die Deformität dauernd zu beeinflussen.

Mosenthal: Ich glaube, daß durch die Schädigung der Elastizität der Bänder und dadurch, daß die schlechten statischen Verhältnisse nicht aufgehoben werden, nach dieser Operation sehr bald wieder ein Rezitiv zustande kommen dürfte. Ferner möchte ich noch darauf hinweisen, daß man gerade bei diesen von Helbing erwähnten Deformitäten sehr leicht durch Periostlappen, die man auf das Gelenk hinauflegt, genau dasselbe, vielleicht noch mehr erreichen kann, was man von dieser neuen Methode erhoffen darf.

Borchardt: Ich möchte mir die Frage erlauben, in welche Bänder das Formalin hineingespritzt werden soll; ferner, wie es vermeidbar ist, daß die benachbarten Knochen und Gelenke nicht gereizt werden; es könnten doch leicht periostitische und arthritische Veränderungen an denselben entstehen, welche die Beschwerden noch verstärken. Die Plattfußbildung ist ein so komplizierter Vorgang, daß bei der Therapie nicht eine einzige, sondern alle Komponenten Berücksichtigung verdienen.

Katzenstein: Die Einwendungen von Wollenberg, Mosenthal und Borchardt kann ich mit einem Wort erledigen. Ich habe das Verfahren nur bei Platt-Knickfuß angewendet. Beim ausgesprochenen durchgetretenen Plattfuß ist es selbstverständlich nicht anwendbar; sonst müßte man ja die ganze Plantarfaszie injizieren. Das ist nicht erforderlich und nicht möglich. Denn der durchgetretene Plattfuß macht meist keine Beschwerden mehr. Die Fälle, die die größten Schmerzen verursachen, sind die sogenannten entzündlichen Plattfüße. Allerdings wird dieser mit Unrecht entzündlicher Plattfuß genannt. Vielmehr verursacht die allmählich zunehmende Überdehnung der Bänder die Beschwerden; eigentliche Entzündungsprozesse finden dabei nicht statt. — Bezüglich des Rezidivs bei der vorgeschlagenen Heilung kann ich nur sagen, daß mein ältester Fall etwas über zwei Jahre zurückliegt und daß die Patientin vollkommen beschwerdefrei ist und, wie Sie sich überzeugen können, auch objektiv geheilt ist. Was nun die theoretischen Bemerkungen Israels betrifft, so kann ich mitteilen, daß ich selbstverständlich bei dem Hundeversuch nicht etwa eine Sehne in Formalin gelegt und dann die Untersuchung auf Elastizität gemacht habe, sondern es handelt sich auch hier um ein biologisches Experiment. Ich habe bei einem Hunde Formalin in die Achillessehne eingespritzt und habe nach einigen Tagen — ich glaube, nach fünf Tagen — das Tier getötet. Eine Nekrose war nicht vorhanden. Ich werde aber Gelegenheit nehmen, den Herren diesen Versuch einmal vorzuführen, und die injizierte Sehne zeigen; dann werden Sie sich selbst überzeugen, daß weder eine Nekrose, noch eine Neubildung durch Narben entsteht, sondern daß eine physikalische Veränderung des Gewebes stattfindet, wie wir sie ja auch von Leichenpräparaten her kennen, die in Formalin hart und fest werden. Ob man den Vorgang Gerbung oder anders nennt, ist für die Sache gleichgültig. Jedenfalls findet sicher kein Ersatz nekrotischen Gewebes durch Narbengewebe statt, sondern das Gewebe bleibt am Leben und verändert sich in der gewünschten Weise. Karewski hat die Behauptung aufgestellt, daß primär beim Plattfuß eine Veränderung der Knochen vorhanden sei. Diese Behauptung ist sicher nicht so gestützt, wie meine Versuche es sind, denn sie ist gänzlich unbewiesen. Ich habe wenigstens den Versuch gemacht, meine Behauptung durch einige Experimente zu stützen. Wenn diese Karewski nicht genügen, so bedaure ich das lebhaft. Über den Begriff

der Elastizität kann ich mich mit **Karewski** nicht unterhalten. Offenbar versteht er unter der Elastizität eines Körpers etwas anderes als ich. Es gibt einen populären Begriff der Elastizität und einen wissenschaftlichen. Ich habe natürlich in einer wissenschaftlichen Versammlung den wissenschaftlichen Begriff der Elastizität meinen Mitteilungen zugrunde gelegt. Unter Elastizität im wissenschaftlichen Sinne verstehen wir die Eigenschaft eines Körpers, Änderungen seines Zustandes Widerstand zu leisten. In diesem Sinne ist Eisen elastischer als Gummi. Das scheint Karewski verwechselt zu haben. Unter elastischer Vollkommenheit verstehen wir die Eigenschaft eines Körpers, den ursprünglichen Zustand wieder anzunehmen. Das, was der Laie unter Elastizität versteht, bezeichnet der Wissenschaftler als elastische Vollkommenheit. Dies ist beim Gummi größer als beim Eisen. Tatsächlich ist also die Elastizität dieser Bänder nach der Formalineinspritzung größer, denn sie haben danach eine größere Widerstandskraft gegen die Ausdehnung als vorher, wie das Experiment ergibt. Ich glaube, einwandfreier kann man das nicht beweisen, als wenn man dasselbe Gebilde von demselben Tier benützt, nämlich die Achillessehne, auf der einen Seite Formalin einspritzt, auf der andern nicht, und nachher beide Seiten auf ihre Elastizität prüft. Das, was Hildebrand gesagt hat, kann ich nur vollkommen bestätigen: die Einspritzungen sind in der Tat sehr schmerzhaft. Ich habe, um die Schmerzhaftigkeit herabzusetzen, vor dem Formalin Novokain eingespritzt. Danach haben die Patienten nicht so geklagt, sondern den Eingriff als erträglich gefunden. Hier und da mußte ich natürlich etwas Morphium geben. Daß man den Plattfuß auch mit Gipsverbänden behandeln kann, weiß ich natürlich ganz gut. Ich habe es auch recht oft getan; ich habe aber nie einen Fall gesehen — und ich glaube, Karewski auch nicht —, wo nach der Abnahme des Gipsverbandes die Patienten ohne Plattfußeinlagen gehen konnten. Der Plattfuß ist danach redressiert; die Patienten müssen aber zur Stützung der schlaff gebliebenen Bänder Plattfußeinlagen tragen. Der wesentliche Unterschied der vorgeschlagenen und der früheren Behandlungsart besteht darin, daß die schlaffen Bänder durch die Formalininjektion gefestigt und tragfähig werden und daß die Patienten dann ohne Plattfußeinlagen schmerzlos gehen können. Ich möchte also den Herren empfehlen, zunächst Versuche mit dem vorgeschlagenen Verfahren zu machen und dann mit der Kritik einzusetzen; ich glaube, dann kommen wir weiter.

Karewski: Ich habe allerdings unter dem Begriff Elastizität das Vermögen eines Körpers verstanden, sich durch Belastung auszudehnen und nach Aufhören derselben auf seinen alten Aggregatzustand zurückzukommen. Dieser sogenannte „populäre" Begriff der Elastizität ist der im Sprachgebrauch übliche, und es geht nicht an, die gegensätzliche Definition der „wissenschaftlichen" Bestimmung so ohne weiteres in medizinische Fachfragen hineinzutragen. Ich muß aber weiter sagen, daß der Beweis, den Katzenstein erbracht zu haben glaubt, indem er eine Achillessehne beim lebenden Tier injizierte und nach fünf Tagen prüfte, nicht maßgebend sein kann. Wenn das Tier statt fünf Tage fünfzig Tage gelebt hätte, würde ich den Versuch vielleicht für beweisend halten können.

Katzenstein (Schlußwort): Ich werde Karewskis Rate folgen und die Tiere länger leben lassen. (Berliner Gesellschaft für Chirurgie, 9. III. 1914.)

F. A. Hesse: **Enzephalo-Meningozele.** 10 Tage altes Mädchen mit einer Encephalocele occipitalis von Pfirsichgröße. An der mäßig prall gefüllten Geschwulst fallen die drei v. Recklinghausenschen Zonen: Aura medulla vasculosa, Zona epithelio-serosa und Zona dermatica sehr deutlich auf. Die Aura ist epithelisiert. Die Diagnose einer echten Enzephalozele mit ventralem Hydrops ist gesichert, was interessant ist, da diese echte Enzephalozele vielfach geleugnet wird. Neben dieser Mißbildung steht eine starke Prognathie, ein sehr kleiner Gehirnschädel. Lähmungen bestehen nicht. Bei Druck auf die Geschwulst schreit das Kind. — Von einem operativen Eingriffe ist vorläufig noch abgesehen, da bei dem elenden Kinde und der Schwere der Mißbildung die Aussicht auf Heilung sehr gering ist. (Greifswalder med. Verein, 17. XII. 1913.)

Blumenthal: **Beiträge zur Lehre von der Rachenmandel.** Knöcherne Hindernisse bei der Adenotomie können in den Fällen, in denen die Operation bei hintenüber gebeugtem Kopfe ausgeführt wird, durch den mehr oder weniger vorspringenden ersten Halswirbel (Atlas) bedingt sein. Das Hindernis macht sich besonders bemerkbar, wenn das Ringmesser zu spät von der hinteren Rachen-

wand entfernt wird. Bei richtiger Kopfhaltung ist ein etwaiges knöchernes Hindernis lediglich auf Prominenzen an der Pars basalis des Schädels zu beziehen. Blumenthal demonstriert auf dem Lichtschirm eine Reihe von Schädeln mit mehr oder minder stark ausgebildeten Exostosen in dieser Gegend; auch der Proc. condyloideus kann so spitz gegen die Pars basalis vorspringen, daß das Ringmesser sich in dem auf diese Weise gebildeten Winkel verfangen kann. — Die Bedeutung der Rachenmandel für die Behinderung der Nasenatmung ist zum Teil abhängig von der Größe des Winkels zwischen hinterem freien Vomerrand und Pars basalis. Blumenthal bezeichnet ihn als äußeren Basalwinkel; seine Größe schwankt zwischen 76° und 124°.

(Laryngol. Gesellschaft, Berlin, 12. XII. 1913.)

Fuchs (Danzig): **Wiederbelebung Neugeborener mittels des Werthschen Schnupftuchmanövers.** Das von Werth schon Anfang der 80er Jahre erdachte Verfahren, welches sich nach Fuchs bei leichteren Asphyxien ausgezeichnet bewährt hat, ist folgendes: Das Kind wird mit der rechten Hand in der Weise an den Beinen gefaßt, daß der Zeigefinger zwischen den Unterschenkeln, Daumen und Mittelfinger an den Außenflächen der Waden aufliegen, und in eine steile Hängelage gebracht, während die linke Hand gabelförmig den Nacken umfaßt und stützt. Es werden nun die im Knie gebeugten Unterschenkel unter starker Kompression des Bauches und Thorax gegen die linke Wange des Kindes bewegt, und es wird mit den Knien quer über Mund und Nasenlöcher hinweg eine kräftig wischende Bewegung ausgeführt (Schnupftuchmanöver — kräftige Exspiration, Entfernung aspirierter Massen). Alsdann wird der Körper in Horizontallage gebracht und eine Überstreckung der Wirbelsäule ausgeführt (nicht sehr ausgiebige Inspiration). Das Auswischen des Mundes und das Schlagen des Neugeborenen perhorresziert Fuchs ganz, weil beides sehr gewöhnlich zu wenig zart ausgeübt wird.

Sieber (Danzig-Langfuhr): **Kongenitaler Hautdefekt.** Lebend geborenes, ausgetragenes Kind einer eklamptischen Primipara, das nach zwei Stunden starb, mit merkwürdigen Hautdefekten an beiden Unterextremitäten. Die Füße und die unteren Drittel beider Unterschenkel sind größtenteils bis auf einzelne erhaltene Inseln von Haut entblößt. Mikroskopisch fehlt das Oberflächenepithel vollkommen. Die Nachgeburt war ohne Besonderheiten; ebenso ergab die Sektion kein weiteres Resultat. (Nordostdeutsche Ges. f. Gynäk., 7. III. 1914.)

III. Monats-Chronik.

Breslau. Für das Fach der Kinderheilkunde habilitierte sich am 23. d. M. in Breslau der Assistenzarzt an der Klinik und Poliklinik für kranke Kinder, Dr. Georg Bessau, mit einer Antrittsvorlesung über „Ernährungsstörungen ex correlatione“.

Würzburg. Die neuerrichtete außerordentliche Professur für Kinderheilkunde wurde dem mit Titel und Rang eines außerordentlichen Professors bekleideten Privatdozenten an der Universität München Dr. Jussuf Ibrahim übertragen.

Wien. Priv.-Doz. Dr. Zappert hat den Titel a. o. Professor erhalten.

— Der Hannoversche Provinzialverein zur Bekämpfung der Tuberkulose hat ein Merkblatt zur Förderung des Stillens herausgegeben. Das Blatt weist in drastischer und allgemein verständlicher Form auf die großen Schäden hin, welche die Flaschenernährung der Gesundheit unseres Volkes bringt und stellt die innigen Beziehungen falscher Ernährung zur englischen Krankheit und zur Tuberkulose dar. Das Merkblatt ist bestimmt zur Verteilung durch die Standesämter bei Anmeldung der Geburten, durch die Hebammen, bei den Impfungen, öffentlichen Vorträgen und durch die Fürsorgestellen. Es soll auch zugleich Propaganda für die im Kreise bereits bestehenden Einrichtungen machen, welche sich der Säuglingspflege widmen. Zu diesem Zweck ist am Kopf des Merkblattes ein freier Raum gelassen, der den Stempelaufdruck der verteilenden Stelle aufnehmen soll. Der Preis des Merkblattes beträgt: 1 Stück 5 Pf., 50 Stück 2.— M., 100 Stück 3.— M., 500 Stück 9.— M., 1000 Stück 15.— M.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

20. Jahrgang. Mai 1915. Nr. 5.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

P. Herzberg (Rostock i. M.), Der Geburtenrückgang im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin in den Jahren 1810—1913. (Arch. f. Kindhlk. 64. H. 1/2.) Die in Mecklenburg-Schwerin seit längerer Zeit geringe Geburtenziffer beruht auf einer ungünstigen Altersschichtung der für die Fortpflanzung in Betracht kommenden Altersklassen. Seit der Mitte der 70er Jahre des vorigen Jahrhunderts ist die Geburtenzahl in stärkerem Maße zurückgegangen. Dieser Geburtenrückgang ist ausschließlich durch das Nachlassen der ehelichen Fruchtbarkeit bedingt; es besteht eine von den Eheleuten beabsichtigte Geburtenbeschränkung. Pflicht des Staates und der Gemeinde ist es, Mittel und Wege zu finden, die geeignet sind, dem Rückgang der Geburten Einhalt zu tun.

Alfred Kosmowski (Rostock i. M.), Die medizinische Kinderabteilung des Großherzoglichen Universitätskrankenhauses in Rostock während der ersten 8 Jahre ihres Bestehens (1. Oktober 1905 bis 30. September 1913). (Ebenda.) Der Bericht schildert die gedeihliche Entwicklung der aus Klinik und Poliklinik bestehenden Anstalt und kritisiert ihre Mängel.

John Duken, Beitrag zur Kasuistik der malignen Abdominaltumoren des frühen Kindesalters. (Aus dem städtischen Gisela-Kinderspital München.) (Ebenda.) Lymphoblastisches Sarkom bei einem dreijährigen Knaben, ausgehend von den Lymphdrüsen des Mesenteriums; Operation, Exitus letalis.

Grete Schmidgall, Zur Kasuistik der angeborenen Atresie des Ösophagus mit Ösophago-Trachealfistel. (Aus der akademischen Kinderklinik zu Düsseldorf.) (Ebenda.) Das Kind bekam von Geburt an nach jeder Fütterung einen Erstickungsanfall, wobei es die Nahrung wieder zusammen mit Schleim heraushustete; das Hindernis für die Sonde war 11 cm unterhalb des Kieferrandes. Nach dem Versuch einer rektalen Ernährung wurde gastrostomiert. Die Operation wurde gut überstanden, aber als Folge der bestehenden Ösophago-Trachealfistel bekam das Kind eine Pneumonie, an der es am 28. Lebenstage zugrunde ging. Hecker.

Egon Rach, Beiträge zur Röntgendiagnostik im Kindesalter. (Klinik Pirquet.) (Zschr. f. Kindhlk. 8. S. 312—331.) In zwei Fällen, die radiologisch auf der rechten Lunge den von Sluka

beschriebenen dreieckigen, mit der Basis dem Herzschatten aufsitzenden und mit der Spitze peripheriewärts gerichteten Schatten gezeigt hatten, entsprachen diesem Schatten anatomisch in den Lungen, nahe dem Hilus gelegene verkäste Knoten. Der in letzter Zeit namentlich von Ghon und Albrecht studierte primäre Lungenherd kann unter Umständen durch die Radiologie klinisch erkennbar sein, während er den übrigen Untersuchungsmethoden nicht zugänglich ist. Die Diagnose kann dann mit genügender Wahrscheinlichkeit radiologisch gestellt werden, wenn bei Kindern mit negativem physikalischen Lungenbefund, doch positiver Pirquetscher Kutanreaktion ein bis bohnengroßer, dichter scharf umschriebener Schatten isoliert in den abseits vom Hilus gelegenen Anteilen der Lunge zu sehen ist, und wenn gleichzeitig eine Schwellung regionärer, eventuell auch sonstiger Bronchialdrüsen nachweisbar ist. Die Prognose dieser Fälle ist um so besser, je älter das betreffende Kind ist; sie ist im Säuglingsalter ungünstig; ungefähr vom 8. Lebensjahr ab überwiegt nach Ghon die Wahrscheinlichkeit eines Stationärbleibens, und schließlich bildet der Nachweis eines „Ghonschen Herdes“ die günstigste Erklärung einer positiven Pirquetschen Reaktion.

Die Schwellung und Verkäsung der rechtsseitigen paratrachealen Drüsen, die bei der Lungentuberkulose der Kinder so häufig auftritt, ist, wie fünf auch anatomisch untersuchte Fälle beweisen, unter Umständen durch einen charakteristischen radiologischen Befund nachweisbar, und zwar durch eine Verbreiterung der oberen Teile des Mittelschattens nach rechts. Diese Verbreiterung grenzt sich gegen das Lungenfeld scharf ab, und zwar in einer Linie, die in einem nach oben konvexen Bogen vom Mittelschatten ausgeht, dann nach abwärts parallel zur Trachea verläuft, um schließlich in einem nach unten konvexen Bogen wieder zum oberen Teil des Mittelschattens zurückzukehren. Ihr Nachweis gestattet keinen direkten Schluß auf den Krankheitszustand der Lungen, wohl aber deutet er, wenigstens bei jungen Kindern, auf eine progressive Tendenz der Tuberkulose im Bereich der Bronchialdrüsen hin. Eine interlobäre Pleuritis zeigte sich in zwei obduzierten Fällen auf der durch das Einzelschlagverfahren (Unipolsapparat) gewonnenen Platte in Form eines scharfen linearen Schattens, der seiner topographischen Lage nach dem interlobären Spalt entsprach. Schick.

Ralph Major, Röntgenologische Beobachtungen am Säuglingsmagen. (Klinik Pirquet.) (Ebenda. 8. S. 340—350.) Für die Form des Säuglingsmagens im Röntgenbilde ist die Körperlage maßgebend. Der Magen des aufrecht gestellten Säuglings gleicht einer umgekehrten Retorte, der Magen des liegenden Säuglings einem unregelmäßigen Sacke. Die respiratorischen Bewegungen des Diaphragmas haben auf die Lage des Magens Einfluß, und durch sie werden gewisse Formveränderungen hervorgerufen, die einer Peristaltik sehr ähnlich sind. Austritt kleiner Teilchen der Milchmahlzeit in den Dünndarm findet in der Regel unmittelbar nach der Mahlzeit statt. Bei kranken Säuglingen sieht man bald eine Verzögerung, bald eine Beschleunigung der Austrittszeit. Der Mechanismus der Entleerung ist dem des Erwachsenen ähnlich, doch fehlt beim Säug-

ling die starke Peristaltik. Der Säuglingsmagen ist während der „Ruhezeit", d. h. zwischen den Mahlzeiten, sehr häufig nicht kontrahiert, sondern mit Luft aufgeblasen. Schick.

Ernst Voelckel, Untersuchungen über die Rechtshändigkeit beim Säugling. (Ebenda. 8. S. 351—358.) Untersuchungen an 52 Kindern, davon 43 im Alter bis zu 1 Jahr. Etwa im 7.—8. Lebensmonate wird die rechte Hand der linken vorgezogen. Vorher halten sich die Zahlen für beide Hände so ziemlich die Wage. Jüngere Kinder zeigen häufig das Zugreifen mit beiden Händen. Diese Befunde zeigen, daß zuerst im 7. Lebensmonate die funktionelle Differenzierung der beiden Großhirnhemisphären erkennbar wird und von da ständig zunimmt, während vorher beide Gehirnhälften in gleichem Grade funktionieren. Schick.

Kurt Huldschinsky, Zur Therapie der Rumination im Säuglingsalter. (Ebenda. 8. S. 363—369.) Das Kind begann im Alter von 6 Monaten zu erbrechen und obstipiert zu werden. Das Erbrechen verstärkte sich, Pat. magerte sehr stark ab und kam in elendem Zustande hochgradig atrophisch zur Aufnahme. Typisches Ruminieren. Eine Reihe therapeutischer Maßnahmen wurden ohne Dauererfolg versucht: Magenspülungen mit Karlsbader Salz, Kokainverabreichungen, kleine Mahlzeiten mit kurzen, größere mit langen Pausen. Malzsuppe hatte vorübergehend günstigen Einfluß. Breinahrung neben Milch änderte den Zustand nicht. Erst die Breinahrung allein gegeben (zuerst mit Halbmilch, später mit Vollmilch bereitet) brachte vollkommenen und bleibenden Erfolg. Als ursächliches Moment der Rumination scheint habituelles Erbrechen auf neuropathischer Grundlage vorgelegen zu haben.

Schick.

Ernst Mayerhofer, Die Säuglingsstation der neuen Wiener Kinderklinik. (Ebenda. 8. S. 383—393.) Einteilung in vier Zimmer, von denen zwei als Wechselzimmer gedacht sind. Möglichkeit einer Reserveheizung (Gasofen) neben Warmwasserheizung. Von der Einrichtung von Kuveusen wurde Abstand genommen. An Wärmevorrichtungen kommen Wärmflaschen verschiedener Konstruktion, sowie Wärmewannen zur Verwendung. Beschreibung der Milchküche. Angaben über die Diensteinteilung. Schick.

Hubert Jellinek, Beobachtungen über die Lingua geographica. (Ebenda. 8. S. 394—405.) Verf. hat den Ablauf der Zungenveränderungen auf Grund von selbstangelegten Zeichnungen bei neun Fällen verfolgt und faßt die Morphologie folgendermaßen zusammen: Rötliche, vertiefte Herde entstanden auf einer weißlichen Zunge, grenzten sich mit konvexem Rande ab und waren von leicht erhabenem Saum umgeben. Sie vergrößerten sich ringsum gleichmäßig, flossen zusammen und breiteten sich über die ganze Zunge aus; oder sie wurden allmählich wieder heller und verschwanden. Verharrten sie aber auf der Zunge, so entstand zunächst in ihren ältesten Teilen die weiße Farbe wieder, und bald darauf erschien in deren Mitte eine neuer roter Herd. So ging das Spiel zweimal in gleicher Form und ein drittes Mal in wenig veränderter Art über die

Zunge und brauchte jedesmal sechs Tage. Dieser Anfang des Prozesses zeigte einfache Momentbilder, mit Überwiegen einer Farbe, sei's nun der weißen oder roten.

Im weiteren Verlaufe aber, vom vierten Übergang über die Zunge angefangen, wurde die zusammenhängende weiße Partie zu den verschiedensten Zeiten, an den verschiedensten Stellen von roten Herden unterbrochen, auf rötlichem Grunde wuchs regellos das Weiße nach, und bald zeigte sich der Niveauunterschied beider Farben so stark ausgeprägt, daß die weißen Figuren reliefartig vorsprangen. Sie wechselten fortwährend Ort und Gestalt, zurückweichend vor dem konvexen Rande des Rots und neu auftauchend in dessen hellgewordenem Rücken. Das Momentbild dieses zweiten Stadiums der Lingua geographica zeigte erhabene weiße Linien und Flecke auf rotem Grunde.

Der Arbeit sind 72 Textfiguren eingefügt. Schick.

Arnold Netter, Untersuchungen über die vakzinale Allergie der exanthematischen Erkrankungen. (Mschr. f. Kindhlk. 12. Nr. 9. S. 552. Bei Masern besteht eine Anergie gegenüber der Vakzine ebenso wie gegenüber dem Tuberkulin. Bei 86 Fällen fand sich folgendes Verhalten: Die vakzinale Anergie bildet am Vorabend der Eruption der Masern und an den beiden ersten Tagen die Regel. Am 3. und 4. Tage trat sie in 13 von 21 Fällen auf. Nach 4 Tagen wird die Vakzinreaktion positiv. Bei 19 Fällen von Röteln war die Vakzinereaktion positiv. Dieses Verhalten ist also differentialdiagnostisch zu verwerten. Schick.

Engel, Die Wirkung der mechanischen Erschütterung auf die Frauenmilch. (Ebenda. 12. Nr. 9. S. 559.) Engel hat in einer früheren Mitteilung darauf aufmerksam gemacht, daß die Frauenmilch beim Schütteln säuert und daß gleichzeitig feinste Flocken auftreten. Der Milchzucker ist an dieser Säuerung nicht beteiligt, vielmehr ist die Anwesenheit des Fettes unerläßlich. Magermilch wird beim Schütteln gar nicht verändert. In den vorliegenden Untersuchungen wird nachgewiesen, daß auch die Spontansäuerung der Milch in erster Linie durch das Fett bedingt wird. Es treten offenbar Zerlegungen auf, welche mit der Bildung saurer Produkte verbunden sind. Schick.

Mogwitz, Über den Blutzucker der Säuglinge. (Ebenda. 12. Nr. 9. S. 569.) Der Blutzuckergehalt des gesunden Säuglings schwankt zwischen 0,07 und 0,11 % entsprechend den Werten beim normalen Erwachsenen. Wie beim Erwachsenen macht sich ein Einfluß der Nahrung auf den Blutzuckerspiegel nur nach stark kohlehydratreicher Nahrungszufuhr, sei es in Form von Zucker oder Stärke, durch eine mäßige Steigerung bemerkbar. Im Hunger sinkt der Blutzuckerspiegel nach etwa 24—30 Stunden und geht allmählich bis etwa zur Hälfte seines ursprünglichen Gehaltes herab. Auf die ersten Mahlzeiten nach einer Hungerperiode antwortet der Organismus mit einer vorübergehenden Hyperglukämie. Psychische Erregungen bleiben beim Kind ohne Einfluß auf den Blutzuckerspiegel. Der er-

nährungsgestörte Säugling zeigt bei akuten wie chronisch verlaufenden Erkrankungen die Neigung, seinen Blutzuckerspiegel auf normaler Höhe zu erhalten. Nur bei schweren Erkrankungen, die bereits zur Atrophie geführt haben, sinkt der Blutzuckergehalt in geringem Grade, um sich bei beginnender Reparation wieder auf die Norm einzustellen. Bei alimentärer Intoxikation macht sich selbst bei schon eingeleiteter Entgiftungstherapie eine Neigung zur Hyperglukämie bemerkbar. Schick.

Hans Vogt und **Gotthard Zacharias,** Spirometrische Untersuchungen über die Atmung von Kindern bei abnormen mechanischen Bedingungen. (Ebenda. 12, Nr. 9. S. 586.) Untersuchungen an normalen und an leicht tuberkulösen Kindern vor und nach Anlage eines künstlichen Pneumothorax. Weiter an einigen Kindern nach Anlegung des künstlichen Pneumothorax, an einem Fall von Pleuritis und einem Fall von Polyserositis. Die Untersuchungen wurden mit dem Spirometer von Hürthle ausgeführt.

Die gesteigerte Atemfrequenz bei gleichzeitigem Sinken der Atemtiefe und der Pneumothorax wirken gleichsinnig dahin, die erkrankte Lunge ruhigzustellen. Auch unter den Bedingungen, wie sie der Bestand eines Pneumothorax mit sich bringt, stehen dem Patienten noch ausgiebige Kompensationsmittel der Atmung zur Verfügung. Die Zunahme der Atemfrequenz erfolgt anscheinend in weiten Grenzen unabhängig von dem Sauerstoffbedürfnisse des Patienten und ist wesentlich auf reflektorische Einflüsse zurückzuführen. Bei willkürlich vertiefter Atmung reagieren Pneumothoraxpatienten im Gegensatze zu den „chronisch atemkranken Kindern" (Gregor) in normaler Weise mit Herabsetzung der Atemtiefe. Sinkt gleichzeitig die Atemgröße, d. h. erfolgt nur eine geringe Vertiefung der Atemzüge, so liegt nur eine beschränkte Kompensationsfähigkeit des Individuums vor, die für die Prognose und Indikationsstellung der Pneumothoraxbehandlung im einzelnen Falle Berücksichtigung verdient. Schick.

Ludwig Schliep, Über Blasenspalten. (Aus der Chirurgischen Universitätsklinik in Berlin.) (D. m. W. 1914 Nr. 35.)

Im Juni 1913 kam ein Junge in die Klinik zur Operation. Er war acht Monat alt und bot folgenden Befund. An der Wurzel des Penis oberhalb der Symphyse findet sich eine Öffnung, aus der sich Urin entleert. Die Öffnung ist kraterförmig und der Trichter wird aus rotgefärbter, gewulsteter Schleimhaut gebildet. Der Spalt hat die Ausdehnung eines Zehnpfennigstücks. Die Tiefe des Trichters ist enger, und die Ureterenmündungen sind nicht sichtbar. Die Haut in der Umgebung ist gerötet. Oberhalb an der Öffnung an der sonstigen Stelle des Nabels, der nicht vorhanden ist, fühlt man einen Spalt der Faszie. Der Penis hat ein Orificium urethrae, durch das ein Katheter in die Blase eingeführt werden kann. Auf dem Dorsum des Penis hinter der Glans ist eine kleine Furche. Die Hoden sind an der richtigen Stelle. Es besteht beiderseits eine Leistenhernie. Der Sphinkter der Blase und die Symphyse sind gespalten. Die Blasenschleimhaut wurde umschnitten, und nach guter zirkulärer Freilegung der Blase wurde sie durch Einstülpungsnähte versenkt. Der Schnitt wurde nach oben verlängert, die Faszie freigelegt und die Faszie auch über der geschlossenen Blase vollkommen vernäht, darüber die Haut. Es wurde ein Dauerkatheter eingelegt. Nach fünf Tagen hatte sich die Blasenwunde in den untersten Partien etwas geöffnet und Urin daraus entleert. Nach drei Wochen hatte sich die kleine Fistel wieder von selbst geschlossen.

Der Patient entleert den Urin auf dem natürlichen Wege. Die Operationswunde ist geheilt. Durch eine Injektion von Methylenblau in die Urethra wurde festgestellt, daß die Blase dicht hält, und der Junge konnte am 9. Juli entlassen werden.

Es handelt sich hier also um eine Fissura vesicae superior, eine Variation, die in der Literatur nur sehr wenige Analoga hat. Verf. zeigt das Kind und die von der Operation herrührende Narbe, die nichts Besonderes aufweist. Die Kontinenz ist vollkommen. Die Zystoskopie ergab normale Schleimhaut, keine Steine. Die Blase faßt ungefähr 50 ccm. Das Röntgenbild bietet nichts Besonderes.

Grätzer.

A. Falk, Zur Behandlung des Tetanus mit subkutanen Magnesiuminjektionen. (Aus dem Städtischen Kaiser u. Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus in Berlin.) (Ebenda.) Verf. beobachtete bei den total steifen Kindern — zwei schwere Fälle von Tetanus neonatorum — eine große Abnahme der allgemeinen Muskelstarre. Es gelang, schwere Einzelfälle fast ganz zu vermeiden. Die Ernährung war enorm erleichtert. Es wurden durchschnittlich drei subkutane Injektionen in 24 Stunden gemacht. Die Behandlung zog sich über 14 Tage hin. Fall 1 erhielt je nach Schwere des Krankheitsbildes 0,55—4,0 g Magnesiumsulfat innerhalb 24 Stunden, Fall 2: 0,45—3,6 g. Es handelt sich hier um hohe Dosen; ob sie zu hoch waren und ob der Höhe der Dosen Sschuld an zwei gefährlichen Zwischenfällen zuzuschieben ist, die Verf. bei der Behandlung beobachtete, kann er zurzeit nicht entscheiden. Er erlebte bei zwei Fällen das Eintreten einer Atemstörung, bei einem Falle vollständigen Atemstillstand, 20 Minuten nach einer Injektion, bei dem anderen Kinde sehr oberflächliche Atmung, etwa 4 Stunden nach einer Injektion. Die Atemstörungen traten nach etwa 10tägiger Behandlungszeit ein; es könnte sich um Kumulationswirkungen des Medikamentes handeln. In beiden Fällen bewährte sich die von Meltzer vorgeschlagene Injektion von Kalziumchlorat als rettend nach kurzer Zeit. Verf. injizierte 5 ccm einer 5%igen Kalziumchloratlösung intramuskulär.

Ein dritter, leichterer, von uns behandelter Fall, der 0,6—2,1 g Magnesiumsulfat erhielt, heilte ohne Störung. Bei diesem Fall verwandte Verf. nebenbei ständig Chloral rektal (Dosen beim Säugling 0,3—0,9). Verf. kann diese kombinierte Behandlung mit Magnesiumsulfat und Chloral nach praktischer Erprobung und aus theoretischen Erwägungen heraus sehr empfehlen. Grätzer.

R. W. Raudnitz, Erdnußmilch statt Mandelmilch. (Aus dem Ambulatorium des Vereins „Kinderambulatorium und Krankenkrippe in Prag".) (D. m. W. 1914 Nr. 36.) Vor kurzem hatte Verf. neuerdings auf die Verwendung der Mandelmilch bei Säuglingen hingewiesen, nachdem er sie schon vor Jahren empfohlen hatte. Verf. benutzt sie 1. bei Neugeborenen wegen Milchmangels der Mutter, und zwar auch alkalinisiert bei Gelbsucht der Neugeborenen; 2. wenn vorübergehend keine verläßliche Tiermilch für den Säugling zu erhalten ist; 3. bei allen Durchfällen der Säuglinge ohne dauerndes Erbrechen und ohne Vergiftungserscheinungen nach und ohne vorausgegangene Wasserernährung. Verf. fügt ihr nach Bedarf Zusätze (Zuckerarten, Eichelkaffeeabsud, Mehle, Malzextrakte) zu und führt durch

allmählich steigende Beigabe von Tiermilch zur gewöhnlichen Ernährung zurück. Er läßt die Mandelmilch zu Hause, und zwar jede Mahlzeit frisch, bereiten. Die Vorschrift lautet: 10—20 Mandeln werden durch Abbeißen auf Süße und Ölgeschmack geprüft, abgebrüht, geschält, im Mörser oder in der Mandelmühle zerrieben, der Brei mit etwas siedendem Wasser übergossen und unter Nachgießen von 100 ccm Wasser durch ein Leinwandsäckchen gepreßt, nach Bedarf gesüßt.

Nun sind Mandeln sehr teuer. Das Kilo kostet jetzt im kleinen 4,80 Kr. Die Zuckerbäcker verwenden deshalb Ersatzmittel: Walnüsse, Haselnüsse, Elephantenläuse (Malakka- oder Acajounuß von Semecarpus Anacardium) und Erdnüsse (Burennüsse von Arachis hypogaea). Die drei ersteren konnte man nicht gebrauchen, weil alle Proben ölig schmeckten. Dagegen hat sich die Erdnuß als brauchbar erwiesen. Es kommen drei Sorten in den Handel. Die große chinesische mit heller Hülse und schwer schälbarer Haut, die braunrote javanische und die etwas hellere afrikanische. Alle drei sind gleich verwendbar. Für den Kleinhandel werden sie geröstet, wodurch der bohnenartige Beigeschmack — sie sind ja Hülsenfrüchte — verschwindet, und sich die Schale leicht ablösen läßt. 1 kg kostet im kleinen nur 80 Heller. Ihre Milch wird in gleicher Weise bereitet wie die Mandelmilch und ebenso gern genommen und wirkt in gleicher Weise. Grätzer.

Erich Zacharias, Genitalblutungen neugeborener Mädchen. (Aus der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Leipzig.) (M. Kl. 1914 Nr. 44.) Unter 400 beobachteten Mädchen fand sich zehnmal Genitalblutung (= 2,5 $^0/_0$). Am häufigsten trat sie tropfenweise auf, in der Regel am 6.—7. Tage, und dauerte nur kurze Zeit, oft nur 1—2 Tage. Niemals war das Allgemeinbefinden gestört, nie die Temperatur erhöht, nie sank das Gewicht, nie war die Verdauung schlecht. Die Prognose ist sehr günstig, eine Behandlung nicht nötig. Alle zehn Mädchen zeigten ein sehr hohes Gewicht. Vielleicht ist hier ein ätiologisches Moment gegeben: der Einfluß der Druckwirkung während der Geburt auf große, schwere Kinder ist eben viel größer, als auf kleine, schwache. Grätzer.

Pesch, Ein Fall von Perforation einer Bronchialdrüse in die Trachea. (Aus der Königl. chir. Universitätsklinik zu Kiel.) (M. Kl. 1914 Nr. 46.) Es handelte sich um einen Fall von Perforation einer verkästen Lymphdrüse in die Luftwege mit Erstickungsgefahr bei einem 6 jährigen Kinde. Nur dadurch, daß es gelang, von der Tracheotomiewunde die käsige Masse im letzten Augenblick zu entfernen, wurde die Gefahr vorübergehend beseitigt. Das etwa pflaumengroße Gewebsstück machte makroskopisch ganz den Eindruck verkäster Gewebsmasse. Mikroskopisch fand man fast durchweg eine ausgesprochene Verkäsung, und an den Randpartien ist stark eitrig infiltriertes Granulationsgewebe, das an einzelnen Stellen typisch verkäsende Tuberkel aufweist.

Die Autopsie ergab, daß es sich um einen von vornherein aussichtslosen Fall gehandelt hat: Miliartuberkulose fast aller Organe,

ausgedehnte Verkäsung der Bronchial- und Trachealdrüsen. An der Stelle der Bifurkation eine deutliche Perforation in der Trachea. Als interessanter Nebenbefund fand sich in den untersten Teilen der Trachea eine ausgedehnte Diphtherie, und es ist wohl anzunehmen, daß dieser Entzündungsprozeß die Perforation wenigstens begünstigt hat. Darauf deutet auch das an den Randpartien stark eitrig infiltrierte Granulationsgewebe. Grätzer.

E. Reinike, Lipoidsubstanzen im Urinsediment beim Kinde.[1] (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Berlin.) (D. m. W. 1914 Nr. 47.) Mittels des Polarisationsmikroskops hat Verf. an einem Material von 100 Fällen nierenkranker Kinder die Untersuchungen angestellt, die 8mal positives Resultat ergaben. In der Hälfte der Fälle war der Befund allerdings nur ganz vereinzelt. Jedenfalls sind wir durch ihn imstande, auch beim Kinde die degenerativen Nierenerkrankungen abzutrennen von den entzündlichen und funktionellen, haben hier also eine diagnostisch und prognostisch wichtige Hilfe. Grätzer.

Hans Wienskowitz, Über die angeborene Wassersucht. (Aus dem pathologischen Institut des städtischen Krankenhauses in Wiesbaden.) (B. kl. W. 1914 Nr. 42/43.) Es handelt sich bei der zuerst von Schridde beschriebenen Form von angeborenem Hydrops mit fötaler Anämie, von der Verf. ein sehr typisches Beispiel rezidivierender Art beschreibt, offenbar um die Folgen einer toxischen Einwirkung auf die fötale Blutbildung, höchstwahrscheinlich von seiten der Mutter. Die Art dieser toxischen Substanz ist völlig unbekannt und vielleicht auch komplexer Natur. Ob hier Nephritis oder Schwangerschaftsnephritis eine Rolle spielt, ist nicht sicher auszuschließen, aber nicht sehr wahrscheinlich. Verf.s Fall weist darauf hin, daß die toxische Substanz mit einer schweren Anämie der Mutter in Zusammenhang stehen kann; ob dies öfters der Fall, kann erst eine größere Statistik ergeben. Spezifisch für die fötale Anämie ist die Anämie der Mutter naturgemäß nicht. Grätzer.

Hans Kern, Über die Anwendung der epifaszialen (bzw. intramuskulären) Neosalvarsaninjektionen nach Wechselmann im Kindesalter. (Aus dem Großen Friedrich-Waisenhaus der Stadt Berlin in Rummelsburg.) (B. kl. W. 1914 Nr. 43.) Es wurden bei 50 Kindern epifasziale Injektionen (nach Wechselmann) gemacht, und Verf. war mit dieser Methode so zufrieden, daß er sie warm den Kinderärzten empfiehlt für Fälle, wo intravenöse Behandlung nicht angebracht oder technisch unausführbar ist. Die Technik ist nicht leicht, wenn man das Depot genau auf die Faszie bringen will, zumal die Injektionen ziemlich schmerzhaft sind und die Kinder sich wehren, so daß die Nadel manchmal aus ihrer richtigen Lage weicht; aber es schadet auch nicht, wenn aus der faszialen Injektion eine intramuskuläre wird. Infiltrate sind zu vermeiden, wenn man eine hohe Einengung der Neosalvarsanlösung vornimmt: bei älteren Kindern womöglich 100%. Bei den Säuglingen, die im all-

[1]) Diskussion in den Vereinsberichten dieser Nummer.

gemeinen nur Dosen von 0,03—0,1 erhalten, werden diese in 0,2 bis 0,3 ccm gelöst. Grätzer.

A. Lehnert, Ekzem und Neurodermitis im Kindesalter. (Aus der Hautklinik d. Städt. Krankenhauses zu Frankfurt a. M.) (B. kl. W. 1914 Nr. 44.) Da die Ätiologie der Affektion noch keineswegs geklärt ist, so mag es dahingestellt sein, welche Bezeichnung die richtige ist. Alle Autoren sind sich jedoch über das charakteristische klinische Bild der Neurodermitis klar. Subjektiv ist sie besonders durch das intensive Jucken gekennzeichnet, das meist primär ist und später in heftigen Anfällen auftritt. Prädilektionsstellen sind der Hals, der Nacken und die obere Schultergegend, die Ellen- und Kniebeugen, die Innenfläche der Oberschenkel, die Haut des Genitale, der Achselhöhlen und der Analgegend. Weniger häufig ist das Vorkommen auf dem behaarten Kopf, den Händen, Fingern und Füßen. Über drei Fälle von Neurodermitis chronica des Gesichts hat Hoffmann berichtet. In einem dieser Fälle fand Hoffmann auch eine Beteiligung des Lippenrotes und der Konjunktiven. Eine Beteiligung der Schleimhaut der Genitalien bei Frauen hatte Hoffmann auch früher schon erwähnt. Verf. sah die Neurodermitis faciei öfter.

Im Anfangsstadium der Neurodermitis finden wir kleine Knötchen, die im weiteren Verlauf der Krankheit zu Plaques konfluieren. Diese, variierend von der Ausdehnung eines Pfennigstücks bis zur Flachhandgröße, haben eine mattrote bis bräunlichrote Grundfarbe, sind infiltriert und zeigen Erhebungen von den konfluierten stecknadelkopf- bis hanfkorngroßen, flachen, grauen bis graurötlichen Knötchen. Dieselben haben meist lichenoiden Glanz, zeigen stellenweise feine, kleienartige Schüppchen und sind von tiefen und schmalen Furchen nach Art von Chagrinleder in polygonale Felder geteilt. Nässen ist recht selten und findet sich mehr noch bei den diffusen Formen, gewöhnlich nach irritierender Behandlung.

Zuweilen beobachtet man an den Handflächen und Fußsohlen, auch an den Fingern und Unterschenkeln eine verruköse Form der Neurodermitis. Diese ähnelt sehr dem Lichen ruber verrucosus, ist aber von ihm durch die mehr graue Farbe, das Fehlen der echten Lichen ruber-Knötchen, besonders aber durch das in Anfällen auftretende Jucken unterschieden.

Die Erkrankung kommt öfters bei Psychopathen vor, auch hat man beobachtet, daß sie leicht durch psychische Erregungen, fortgesetzte geistige Tätigkeit, Verstimmung und Ärger ungünstig beeinflußt wird.

Was das Lebensalter anbelangt, in welchem die Neurodermitis vorkommt, so betreffen die in der Literatur verzeichneten Fälle fast ausschließlich Erwachsene. Nach Brocqs Erfahrung tritt die Erkrankung besonders im mittleren Alter auf, und auch Touton behauptet, daß die Krankheit nur zwischen dem 20. und 50. Lebensjahre vorkomme. Neuerdings hat jedoch genauere Beobachtung gezeigt, daß die Neurodermitis im Kindesalter keineswegs etwas Seltenes ist. Hoffmann hat auf die oft skrofulöse Kinder befallende Neurodermitis universalis hingewiesen. In vielen Fällen ist die Neurodermitis bei Kindern wohl nicht diagnostiziert worden, da sie häufig

mit Ekzem kompliziert ist, mit welcher Krankheit sie ja auch heute noch vielfach verwechselt wird. Durch das Kratzen der juckenden Neurodermitisstellen oder durch unzweckmäßige irritierende Behandlung kommt es leicht zu Ekzematisation. Andererseits beobachtet man auch das Übergehen eines Ekzems in eine Neurodermitis. Für die Stellung der Prognose ist die Differentialdiagnose der Neurodermitis gegenüber dem Ekzem von Wichtigkeit. Ist doch die Neurodermitis im Vergleich zum Ekzem viel hartnäckiger und leichter zu Rezidiven neigend. Nur eine genau zu eruierende Anamnese kann eventuell differentialdiagnostisch zum Ziel führen.

Es ist daher in den letzten Jahren bei den Ekzemen und Neurodermitiden bei Kindern in der Hautklinik besonders auf die hier differentialdiagnostisch bei Feststellung der ersten Krankheitserscheinungen in Betracht kommenden Gesichtspunkte Gewicht gelegt. Das Ekzem setzt akut ein unter den Zeichen der Entzündung. Hauteruption und Jucken gehen Hand in Hand. Es kommt zum Nässen, zur Schwellung, zum „Katarrh". Die Neurodermitis beginnt dagegen mit Jucken, das zuweilen lange Zeit vor Erscheinung der Hauteffloreszenzen besteht. Es bilden sich trockene, derbe, flache, schmutzigrote bis grauweißliche Papelchen, die im weiteren Verlauf der Krankheit zu den typischen, erhabenen, infiltrierten Plaques konfluieren. Man sieht keine entzündlichen Vorgänge, es besteht absolute Trockenheit, äußerste Hartnäckigkeit.

Carboneol hat sich bei einer ganzen Reihe von Hautaffektionen konsequent gut bewährt. Es ist dies eine glänzende, schwarze, dünne Flüssigkeit von nicht unangenehmem Geruch, die durch Verdampfen einer Lösung von Steinkohlenteer in Tetrachlorkohlenstoff gewonnen wird; der Rückstand hat den Namen Carboneol erhalten und wird konzentriert, in Spiritus gelöst oder mit Pasten, Salben usw. vermischt angewandt. Das Carboneol hat den großen Vorteil, daß es selten Irritationen auf der Haut hervorruft. Es hat sich deshalb bei Ekzemen und Neurodermitiden gleich gut bewährt und wird besonders auch bei Kindern gut vertragen. Sobald man etwa vorhandene intensive Entzündungserscheinungen mit einem Liniment oder einer Paste beseitigt hat, ist die Carboneolbehandlung angezeigt. Man pinselt gewöhnlich das Carboneol täglich zweimal in dünner Schicht auf. Am Schluß der Behandlung kann man es dann mit einer indifferenten Salbe leicht wieder entfernen. Nebenbei hat man auch bei der Therapie des Ekzems und der Neurodermitis auf eine allgemeine und diätetische Behandlung in besonderen Fällen Gewicht zu legen, eventuell auch eine roborierende Arsenkur einzuleiten. Bei Kinderekzem hat sich besonders die Dürkheimer Maxquelle bewährt. Insbesondere hat man einen etwa vorhandenen Darmkatarrh zu beseitigen. Empfohlen sind auch lokal Tumenol-Ammonium-Paste. Sol. lithranthracis acetonica und Röntgenbehandlung. Verf. ist mit dem Carboneol völlig zufrieden gewesen, es wird selbst bei nässenden Ekzemen von der Haut gut vertragen und kürzt die Behandlungsdauer erheblich ab. Grätzer.

Manu af Heurlin, Eine einfache Methode, die echten Diphtheriebazillen von Pseudodiphtheriebazillen kulturell

zu unterscheiden. (Aus der dermatologischen Universitätsklinik zu Helsingfors.) (M. m. W. 1914 Nr. 13.) Diese Methode gründet sich auf die schon früher beobachtete Eigenschaft der Pseudodiphtheriebazillen, in traubenzuckerhaltigem Hochagar von einer Reaktion um den Phenolphthaleinpunkt ausgesät aerophil zu wachsen, während die echten Diphtheriebazillen eine bedeutend größere Fähigkeit zeigen, sich in sauerstoffarmer Umgebung zu entwickeln, und im genannten Agar mehr indifferent wachsen. Wird die Menge des hinzugefügten n.-Na_2CO_3 vermehrt, so tritt der Unterschied in dem Wachstumstypus bedeutend deutlicher zutage, wobei sich schließlich im stark alkalinisierten traubenzuckerhaltigen Hochagar der echte Diphtheriebazillus nur anaerob oder anaerophil entwickelt, während sämtliche Pseudodiphtheriebazillen nur extrem aerob oder überhaupt nicht wachsen. Dieser Tatbestand ist bei 78 Stämmen (53 echte Diphtheriebazillenstämme und 25 Pseudodiphtheriebazillenstämme) im trauben zuckerhaltigen Hochnaturagar und in einem solchen, dem 15, 25, 40, 60, 80, 100, 140 und 200 ccm n.-Na_2CO_3 pro Liter Nährboden zugesetzt worden waren, bestätigt worden. Betreffs der Pseudodiphtheriebazillen hat Verf. schon früher für eine große Anzahl Stämme die obenerwähnte Eigenschaft hervorgehoben. Für praktische Zwecke genügt es, den Wachstumstypus eines fraglichen Stammes in einem traubenzuckerhaltigen (1,5 $^0/_0$) Hochagar (1 $^0/_0$) mit Zusatz von 100 ccm n.-Na_2CO_3 pro Liter (Hoch-100-Agar-Tr.-Z.) zu untersuchen. In diesem Hochagar bildet der echte Diphtheriebazillus nach 15 bis 48 Stunden Kolonien anaerophil oder rein anaerob, während sich die meisten Pseudodiphtheriebazillenstämme nur extrem aerob hauptsächlich in der Form eines Oberflächenbelages, aber auch mit minimalen Kolonien bis 8 mm von der Oberfläche auswachsen. Alle übrigen, allerdings relativ seltener vorkommenden Pseudodiphtheriebazillenstämme kommen in diesem Agar gar nicht zur Entwicklung.

Grätzer.

Wilhelm Mayer, Zur Serodiagnostik der Epilepsie. (Aus der Universitätsklinik für Gemüts- und Nervenkrankheiten Tübingen.) (Ebenda.) Die Resultate, welche von einer Reihe von Forschern auf dem Epilepsiegebiet in humoral-pathologischer Beziehung vorlagen (ich erinnere an den Versuch über die Harntoxizität der Epileptiker, an den Versuch über den antiproteolytischen Serumtiter), ließen erhoffen, daß gerade die Abderhaldensche Dialysiermethode in der Epilepsieforschung in mancherlei Hinsicht wertvolle Perspektiven eröffnen könnte. Fauser berichtete auch bald, nachdem er mit der Methode zu arbeiten begonnen hatte, daß es ihm gelungen sei, bei einer Reihe von Epileptikern mit Geistesstörung im Blute Fermente zu finden, die auf Hirnrinde eingestellt waren. Ausschließlich mit der Bedeutung der Abderhaldenschen Dialysiermethode für die Epilepsieforschung beschäftigte sich Binswanger. Binswanger berichtet über 30 Fälle von Epilepsie. Er fand, daß der epileptisch-konvulsivische Anfall regelmäßig mit Abbauvorgängen innerhalb der Großhirnrinde verbunden sei. Finde kein paroxystischer Abbau statt, so spreche das für die hysterische Natur des Anfalls. Binswangers Hoffnung, daß das im intervallären Stadium ent-

nommene Blut die Möglichkeit einer Differenzierung zwischen „organisch bedingter“ und „dynamisch konstitutioneller“ Epilepsie ergeben würde, hat sich nach seinen Mitteilungen nicht erfüllt. Er fand bei beiden Gruppen Fälle mit positiver und Fälle mit negativer Ninhydrinreaktion. Deshalb läge, meinte Binswanger, die Bedeutsamkeit dieser Ergebnisse auf prognostischem Gebiete. Daraus wieder zog er therapeutische Forderungen: „In allen Fällen, in denen die Abderhaldenreaktion im intervallären Stadium negativ sei, müsse mit allen verfügbaren Mitteln . . . gegen das Leiden angekämpft werden.“ Neuerdings hat Binswanger über 38 weitere Fälle von Epilepsie berichtet; soweit das Referat erkennen läßt, hat er mit allen Fällen die gleichen Ergebnisse.

Die wenigen Fälle, über die Maas berichtet, scheinen, soweit die Angaben eine Beurteilung ermöglichen, Binswangers Resultate zu bestätigen. Viel uneinheitlicher waren schon Kafkas Resultate von untersuchten Epileptikern, bei denen der Abbau anderer Organe den Gehirnabbau (auch im Paroxysmus!) überwiegt.

Verf. hat bei der Wichtigkeit der ganzen Sache schon seit längerer Zeit eine ganze Reihe von Epileptikern serologisch untersucht; es handelt sich in allen Fällen um klinisch gut beobachtete sichere Fälle. Neben jedem Versuch Serum + Organ wurde als Kontrolle immer inaktives Serum + Organ angesetzt, außerdem wurde das aktive Serum allein angesetzt. Eine Reihe von Versuchen wurde ebenfalls zur Kontrolle am gleichen Tage doppelt angesetzt.

Zusammenfassend wäre zu sagen: Die Beobachtungen an 37 sicheren Epilepsiefällen haben ergeben:

1. Daß der paroxystische Anfall meist nicht mit serologisch nachweisbaren Gehirnabbauvorgängen vergesellschaftet ist und daß damit die differentialdiagnostische Bedeutung der Reaktion für den epileptischen Paroxysmus einerseits, den hysterischen andererseits hinfällt.

2. Die Beobachtung im Intervall ergab weder eine Möglichkeit zu differentialdiagnostischen Schlüssen (obwohl hier gesagt werden muß, daß die relativ größere Anzahl positiver Reaktionen bei ganz schwer geschädigten Kranken immerhin auffallend ist), noch kann Verf. aus seinen Beobachtungen Binswanger in seinen aus dem Ausfall der Reaktion entspringenden therapeutischen und prognostischen Schlüssen zustimmen. Grätzer.

Marie Elise Schubert, Zur Behandlung der Furunkulose im Säuglingsalter mittels Thermokauter. (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Heidelberg.) (M. m. W. 1914 Nr. 14.) Im vergangenen Jahr hatte Verf. vielfach Gelegenheit, Kinder mit ausgedehnter Furunkulose zu sehen, und da bekanntermaßen die gewohnte Behandlungsweise dieser im Säuglingsalter meist multipel auftretenden Gebilde eine außerordentlich umständliche, langwierige und unsichere ist, versuchte sie, veranlaßt durch eine Mitteilung Schüles, das Thermokauterisieren. Sie war sich dessen wohl bewußt, daß die Indikationsstellung zur Anwendung meist nicht in dem Sinne Schüles liegen würde, und daß sie den Hauptvorteil,

den er sich von dieser Behandlungsweise verspricht — Zerstörung des Kokkenhaufens — selten würde ausnützen können, denn beim Säugling kommen die frisch infiltrierten, derben Knoten der Erwachsenen verhältnismäßig selten zur Beobachtung, während die schon erweichten, multiplen Hautabszesse bei weitem im Vordergrund stehen. Diese sind nun aber auch in ihrer Beschaffenheit nicht identisch mit den erweichten Furunkeln Erwachsener, bei denen Schüle die Anwendung des Thermokauters als kontraindiziert erklärt.

Verf. schien nun gerade bei diesen multiplen Abszessen der Säuglinge die Anwendung des Thermokauters am Platz, und zwar vor allem aus einem rein mechanischen Grund. Der Paquelin schafft in dem Abszeß eine zwar nicht große, aber doch kreisförmige Öffnung, die dem Sekret, ganz wie bei dem spontanen Durchbruch eines Furunkels, freien Abfluß gewährt und bei der nicht, wie bei den immer wieder empfohlenen kleinen Stichinzisionen, die Gefahr besteht, daß sich die Wundränder schnell wieder aneinanderlegen, verkleben und zur Retention Veranlassung geben.

Abgesehen davon, daß wir den eventuellen Vorteil des Verschlusses der Blut- und Lymphgefäße der Wundränder durch den glühenden Platinstift auszunützen und somit vielleicht eine Verschleppung von Keimen verhindern, haben wir noch als sichtbaren und wahrscheinlich als größeren Vorteil dabei das geringe Nachbluten aus jeder Stichstelle — das bei der oft großen Anzahl von Furunkeln schon in Betracht gezogen werden kann —, ferner vor allem aber auch ein dadurch bedingtes, sehr sauberes Arbeiten. Tritt wirklich einmal eine etwas stärkere Blutung, wie bei der Inzision auf, so kann man immer noch durch allmähliches Abglühenlassen des Stiftes, nach dem Verfahren bei Hämangiomverödung, die Blutung zum Stehen bringen. Sollte eine Öffnung zur Entleerung eines größeren Abszesses nicht genügen, so sticht man mehrere Male ein, und zwar dann möglichst an der Basis der Wölbung.

Derartig behandelte Hautabszesse wiesen meist schon am zweiten Tag nach der Eröffnung keine Spur von Infiltration mehr auf und zeigten nur noch eine kleine, punktförmige, schwarze Borke, die sich bald unter Zurücklassung einer winzigen, weißlichen Narbe abstieß. Nur selten beobachtete Verf. ein langsameres Abheilen bei ekthymaartigem Zerfall der kauterisierten Stellen, bei denen ungefähr erbsengroße Defekte entstanden, die aber auch innerhalb von 5—6 Tagen wieder überhäutet waren. In dem einen Fall handelte es sich um ein Kind mit ausgedehnter Hautdiphtherie der Vulva, ferner trat diese Erscheinung auch bei Ekzemkindern auf. Die Abheilung ging aber trotzdem so schnell von statten, daß die Komplikation keine Kontraindikation bedeutet.

Rezidive beobachtete Verf. nur selten, meist genügte die einmalige Eröffnung der Abszesse, bei sehr ausgedehnten Prozessen an zwei bis drei aufeinanderfolgenden Tagen, um die Furunkulose zum Ausheilen zu bringen.

Verf. tupfte mit trockener Gaze den hervorquellenden Eiter ab und gab zur allgemeinen Hautreinigung im Anschluß an die Eröffnung Schmierseifenbäder, die dann noch wochenlang fortgesetzt wurden.

Verbände legte sie, um die mechanische Reizung der Haut zu vermeiden, möglichst selten an; war sie doch aus irgendeinem Grunde dazu gezwungen, so mußten sie nach Art der Brandverbände möglichst festsitzend, gut mit Watte gepolstert, gewählt werden. Für gewöhnlich genügte ein Bedecken der offenen Stellen mit Gazeplatten.

Frisch infiltrierte Furunkel bekam Verf. wenig zu Gesicht. Meist quoll auch schon beim Einstechen in die derben Knoten Eiter aus der Tiefe. Auch diese meist stark infiltrierten Stellen heilten innerhalb kurzer Zeit ab, wenn auch nicht mit der Schnelligkeit, wie die meist sehr geringe Entzündungserscheinungen zeigenden großen Abszesse.

Bei einem Säugling, der am Oberschenkel und Hals eine Aussaat von erbsengroßen Infiltraten hatte, wurde von einer allgemeinen Kauterisation abgesehen, nur die größten mit dem Brennstift geöffnet und die kleinen allein durch Behandlung mit Lassarscher Paste zum Schwinden gebracht. Grätzer.

K. Obmann, Fall von generalisierter Vakzine bei Ekzema capitis. (Aus dem Stadtkrankenhaus Zittau.) (Ebenda.) In der mitgeteilten Beobachtung handelt es sich um eine generalisierte Vakzine, die nach Entstehung und Ausbreitung als allgemeine, hämatogene Infektion aufgefaßt werden muß. Es bestätigt also diese Mitteilung die von anderen Autoren (Behrend, Jochmann, Danziger, Kiessling, Blass) vertretene Meinung, daß generalisierte Vakzine als Krankheitsbild sui generis besteht. Grätzer.

Frl. Dr. **P. Schenderowitsch,** Die Behandlung der Gono-Blennorrhoe der Neugeborenen und Erwachsenen an der Berner Universitäts-Augenklinik. (Aus der Universitäts-Augenklinik in Bern.) (Ther. Mh. 1915 Nr. 1.) Prof. Siegrist wendet seit 1907 nicht mehr Argent. nitr. an, sondern Kollargol und Syrgol.

Die an der Berner Augenklinik angewandte Kollargolbehandlung bei Gono-Blennorrhoe der Neugeborenen und Erwachsenen besteht im Einträufeln einer 3%igen Lösung von Kollargol in den zuvor mit 2%iger warmer Borlösung gereinigten Konjunktivalsack. Im Beginn der Behandlung werden stündlich, später nur alle zwei oder gar drei Stunden diese Einträufelungen wiederholt. Eine halbe Stunde nach jeder Einträufelung werden eine halbe Stunde lang warme Borumschläge auf die kranken Augen gemacht. Vor Beginn der warmen Umschläge wird etwas Borvaseline in den Konjunktivalsack eingestrichen. Prof. Siegrist ist ein entschiedener Gegner der Eiskompressen, er ist der Ansicht, daß man bei allen diesen infektiösen Prozessen durch Wärme Hyperämie erzeugen sollte, um hiermit den Geweben genügende Schutzmittel im Blute zuzuführen. Tagsüber wird natürlich der Konjunktivalsack je nach der Intensität der eitrigen Sekretion fleißig mit warmer Borlösung ausgespült. Des Nachts begnügt man sich, dies alle zwei Stunden zu machen, und jeweilen nach der Reinigung etwas Borvaseline sorgfältig in den Konjunktivalsack einzustreichen. Dies geschieht so lange, bis die Gonokokken im Exsudat verschwunden sind. Von Zeit zu Zeit wird nämlich das Exsudat mittels Streichpräparat auf Gonokokken jeweilen morgens eine halbe Stunde nach dem Auswaschen des Auges geprüft.

Syrgol wird in $5^0/_0$iger Lösung eingeträufelt, ganz ähnlich wie Kollargol, und auch die übrige Behandlung war bei den Syrgoleinträufelungen wie bei der Kollargolapplikation.

Wenn man die Resultate der Kollargol- und Syrgolbehandlung der Gono-Blennorrhoe betrachtet und miteinander vergleicht, so muß man zu dem Schluß kommen, daß sowohl die Kollargol- wie die Syrgolbehandlung der Gono-Blennorrhoe nicht nur bei unkomplizierten Fällen, sondern sogar selbst bei Fällen mit schweren Hornhautkomplikationen sowohl bei Neugeborenen wie bei Erwachsenen außerordentlich gute Resultate liefert. Es ist schwer zu sagen, welchem Mittel, dem Kollargol oder dem Syrgol, der Vorzug gebührt. Man hat den Eindruck, als ob beide Mittel den Patienten relativ geringe Schmerzen bereiten. Während das Kollargol jedoch etwas unangenehmer ist wegen seiner schwarzen Farbe und der Schwarzfärbung des Exsudates und der Verbandmaterialien, hat das Syrgol den Nachteil, daß es hier und da bei Neugeborenen, besonders wenn es in größeren Mengen auf einmal (sog. Syrgol-Augenbäder) in den offengehaltenen Konjunktivalsack eingeträufelt und daselbst einige Minuten gelassen wird, zu stinkenden Diarrhöen und im Zusammenhang hiermit zu schlechtem Allgemeinbefinden der Kinder Veranlassung gibt. Das läßt sich dadurch erklären, daß Syrgol wohl durch den Tränenabflußapparat in Nase und Rachen und so in den Darmkanal gelangt. Grätzer.

Adolf Strümpell, Über Störungen der Sensibilität bei der akuten Poliomyelitis. Nebst Bemerkungen über die Leitung der Sensibilität im Rückenmark. (D. Zschr. f. Nervenhlk. 45. 1912 H. 2.) Typischer Fall von akuter Poliomyelitis. Derselbe bot aber eigentümliche Sensibilitätsstörungen, die sicher nicht hysterischer Natur waren. Es bestand eine typische Dissoziation der Empfindungslähmung (völlig wie bei der Syringomyelie), was auf eine Miterkrankung der Hinterhörner (Poliomyelitis posterior) hinwies. Auffallend war aber die eigentümliche Ausbreitung dieser Sensibilitätsstörungen, sie waren nämlich nicht auf den gelähmten rechten Arm lokalisiert, sondern begannen erst ungefähr in der Höhe der 3. Rippe; in der rechten Brusthaut fand sich eine bandartige anästhetische Zone, unmittelbar daran schloß sich nach abwärts eine Anästhesie der linken Körperseite an: also Brown-Séquardscher Typus. Dabei fehlte aber jegliche Störung im rechten Beine (keine Parese, keine erhöhten Reflexe, kein Babinski usw.). Verf. nimmt nun einen nicht besonders umfangreichen Herd im Hinterhorn des rechten oberen Brustmarks an und stellt, um die Sensibilitätsstörungen von Brown-Séquardschem Typus erklären zu können, die Hypothese auf, daß die Leitungsbahnen für die Schmerz- und Temperaturempfindung in das graue Hinterhorn eintreten, nach kurzem Verlauf (durch die hintere Kommissur?) in das Hinterhorn der anderen Seite eintreten und in der grauen Hintersäule nach aufwärts ziehen, bis sie erst in der Höhe des Schleifenfeldes in der Oblongata in die weiße Substanz eintreten. — Bezüglich der allgemeinen Körpersensibilität empfiehlt Verf. die nachfolgende Einteilung als die physiologisch am meisten berechtigte.

A. Elementare Empfindungen.

I. Mechanosensibilität.

1. Mechanosensibilität der äußeren Haut und einiger Schleimhäute (Mund, Nase usw.). Berührungsempfindung.
2. Mechanosensibilität der tiefen Teile (Muskeln, Faszien, Periost u. a.).
   a) Tiefer Drucksinn.
   b) Bewegungsempfindungen.

II. Thermosensibilität. (Wärme- und Kälteempfindung.)

III. Schmerzgefühl bei schädigenden Einwirkungen
   a) der Haut,
   b) in den tiefen Teilen.

B. Abgeleitete Empfindungsurteile.

1. Lokalisation der Empfindung (der Oberflächen- und Tiefenempfindung).
2. Stereognose. Sie ist wesentlich eine Leistung der Muskelempfindung und des Drucksinns, also der gesamten Mechanosensibilität.

Hieran schließen sich noch an die Empfindungen durch gewisse wirksame, aber nicht physiologische Reize: die Empfindungen durch elektrische Ströme, die Vibrationsempfindungen u. a. Diese Empfindungen hängen im wesentlichen mit obigen elementaren Empfindungen eng zusammen: die Elektrosensibilität mit der Schmerzempfindung, die Vibrationsempfindung mit der Knochen- bzw. Periostsensibilität.

Kurt Mendel.

Schott, Erfahrungen mit Sedobrol bei der Behandlung der Epilepsie. (Psychiatr.-neurolog. Wochenschr. 15. 1913/14 Nr. 25.) Sedobrol wurde gern genommen und gut vertragen. Unter 12 Fällen, welche ein Jahr lang beobachtet wurden, war nur ein Versager, in den übrigen 11 Fällen zeigte das Sedobrol eine anfallmildernde Wirkung. Die Schwindel zu beseitigen, ist schwerer als die Anfälle. Die psychischen Folgeerscheinungen der Epilepsie wurden durch Sedobrol nicht gebessert, vielmehr war eher eine zeitweise Steigerung der Reizbarkeit und Empfindlichkeit zu verzeichnen. Eine geringe Menge Sedobrol leistet gleiches oder mehr als eine größere, anders zusammengesetzte Bromgabe. Kurt Mendel.

J. Tillmanns, A. Splittgerber u. A. Riffart, Über die Konservierung von Milchproben zu Untersuchungszwecken. (Aus dem Nahrungsmittel-Untersuchungsamt des Städt. Hygienischen Instituts in Frankfurt a. M.) (Zschr. f. Unters. d. Nahrungsmittel 27. 1914 H. 12 S. 893.) 1. An ein für die Zwecke der Milchkontrolle ideales Konservierungsmittel sind folgende Anforderungen zu stellen: Möglichste Erhaltung des Säuregrades für eine Zeit von mindestens 72 Stunden; keine Änderung des Verhaltens gegen Alkohol; keine Änderung der äußeren Beschaffenheit und der Zusammensetzung der Milch; keine Einwirkung auf einen etwaigen Nitratgehalt der Milch (Bewahrung der vorhandenen Salpetersäure vor Zersetzung und keine Einwirkung des zugesetzten Stoffes auf Diphenylamin).

2. Die Versuche der Verff. erstreckten sich auf folgende Konservierungsmittel: Chloroform, Thymol, Senföl, Phenol, Kreosot, Fluornatrium, Quecksilberchlorid und Kaliumbichromat.

3. Thymol, Phenol, Kreosot und Fluornatrium haben nur geringe konservierende Kraft; schon nach 24 bzw. 48 Stunden tritt Gerinnung der Milch ein. Bei Verwendung von Kaliumbichromat läßt sich wegen der starken Gelbfärbung der Milch eine genaue Bestimmung des Säuregrades nicht durchführen.

4. Chloroform und Kreosot beeinflussen die chemische Zusammensetzung der Milch. Chloroform erhöht den Fettgehalt und die Refraktion recht beträchtlich, während ein Zusatz von Kreosot Abnahme des spezifischen Gewichts bewirkt.

5. Thymol und Kreosot schwächen die Diphenylaminreaktion stark ab; in geringerem Maße Senföl und Phenol. Kaliumbichromat ist unbrauchbar, da derartig konservierte Milch auch ohne Zusatz von Nitrat stark positive Reaktion mit Diphenylamin gibt. Keines der angewandten Konservierungsmittel, mit Ausnahme von Quecksilberchlorid, vermag die Zersetzung der Nitrate zu verhindern.

6. Den unter 1. für ein ideales Milchkonservierungsmittel aufgestellten Forderungen entspricht demnach von allen untersuchten Konservierungsmitteln nur Quecksilberchlorid. In einer Konzentration von 0,04—0,03% angewandt, hält es die Milch 120 Stunden lang vollständig frisch ohne nennenswertes Ansteigen des Säuregrades, hat keinen Einfluß auf die bei der Untersuchung sich ergebenden Milchkonstanten und ermöglicht die quantitative Nitratbestimmung auch noch nach 120 Stunden, da Quecksilberchlorid die Diphenylreaktion in keiner Weise stört und die Nitrate genügend vor Zersetzung schützt.

7. Die Anwendung von Quecksilberchlorid als Konservierungsmittel für die amtliche Milchkontrolle ist jedoch wegen der giftigen Eigenschaft dieses Stoffes nur unter Einhaltung gewisser Vorsichtsmaßregeln angängig. Unter anderem färben wir die Milch mit Kongorot. Dieser Farbstoff, in einer Menge von 0,2 ccm einer 1%igen wässerigen Lösung 250 ccm Milch zugesetzt, hat auf die Milchuntersuchung keinen Einfluß. K. Boas.

A. Korff-Petersen, Untersuchungen über die Lichtverteilung in Klassenräumen bei Verwendung von Metallfadenlampen. (Aus dem Hygienischen Institut der Universität in Berlin.) (Zschr. f. Hygiene u. Infektionskrankh. 78. H. 2.) Verf. fordert, daß die zur Verfügung stehende Kerzenzahl auf eine größere Anzahl von Lampen zu verteilen ist. Für kleine Klassen reichen acht 25kerzige Metallfadenlampen aus, wenn sie nicht höher als 2,3 m über dem Fußboden aufgehängt sind und die Fenster durch Vorhänge aus hellem Stoffe verhangen werden. Für große Klassen zehn 25kerzige Metallfadenlampen. Blenden die vorderen Lampen, so kann man das Licht durch Mattglasbirnen mindern. Schatten lassen sich durch indirekte Beleuchtung mittels Nitralampen vermeiden. K. Boas.

Ebert, Die Bedeutung der Rachitis für die Volksgesundheit und die Mittel zu ihrer Verhütung und Be-

kämpfung. (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin u. öffentl. Sanitätswesen. 1914 H. 3.) Ausführliche Darstellung der sozialen Schädigungen, welche im Gefolge der Rachitis auftreten. K. Boas.

P. Stahl, Kasuistischer Beitrag zur Chorea chronica progressiva (Huntingtonsche Chorea). Aus d. Psychiatr. und Nervenklinik d. Universität in Kiel.) (Inaug.-Diss. Kiel 1914.) Im Anschluß an eine kurze Übersicht über das in Frage stehende Krankheitsbild bringt Verf. einen Fall von Chorea chronica progressiva (Huntington), der klinisch nichts Besonderes bietet. K. Boas.

H. Dutemeyer, Zur Lehre von den epileptischen Dämmerzuständen. (Aus d. Psychiatr. u. Nervenklinik d. Universität in Kiel.) (Inaug.-Diss. Kiel 1914.) Ausführlicher Bericht über einen Fall von wiederholt auftretenden epileptischen Dämmerzuständen neben anschließender ausführlicher Besprechung des Krankheitsbildes. K. Boas.

C. Frehse, Über die Entstehung der tuberkulösen Meningitis ohne tuberkulöse Veränderungen der bronchialen Lymphdrüsen. (Inaug.-Diss. Berlin 1913.) Es wurden in der Kinderklinik der Charité in einem Zeitraum von 10 Jahren 181 Fälle von tuberkulöser Meningitis beobachtet. Von diesen wurden 25 ungeheilt auf Wunsch der Eltern entlassen. Bei weiteren 20 mußte aus äußeren Gründen auf die Sektion verzichtet werden. In den zur Sektion gekommenen 136 Fällen wurden 123mal (= rund 90%) die Bronchialdrüsen und 13mal (= rund 10%) andere Organe als Ausgangspunkt für die Infektion der Meningitis angesehen, und zwar 6mal die Mesenterialdrüsen, 1mal die Mediastinaldrüsen, 2mal das Gehirn, 1mal das Mittelohr und 1mal der Ösophagus.

Diese Zahlen sind zwar ein neuer Beweis für die längst feststehende Tatsache, daß die Meningitis tuberculosa in der weitaus größten Zahl aller Fälle von den Bronchialdrüsen aus entsteht, aber sie sprechen auch dafür, daß ihre Entstehung von einem anders lokalisierten primären tuberkulösen Herde aus doch nicht ganz so selten ist, wie man vielfach annimmt. K. Boas.

O. Mergelsberg, Über Uteruskarzinom im Kindesalter. (Inaug.-Diss. Berlin 1913.) In dem Falle des Verf. handelt es sich um ein 7jähriges Mädchen. Dasselbe kam am 20. August 1907 in die Sprechstunde des Herrn Sanitätsrates Dr. Glöckner und klagte über Ausfluß aus der Scheide. Es wurden damals Würmer konstatiert und eine dementsprechende Behandlung eingeleitet. Die Patientin bekam Ausspülungen mit Protargolseifenlösung, Essigeinläufe usw. Am 6. September wurde eine stärkere Blutung beobachtet, am 10. September wässeriger, rötlicher Ausfluß festgestellt. Der Patientin wurden Kamillenwaschungen verordnet, jedoch eine Besserung trat auch jetzt nicht ein. Es trat der Verdacht auf Incontinentia urinae auf. Demzufolge wurde der Urin untersucht, der sich als eiweißhaltig herausstellte. Darauf wurde die Patientin der Charité überwiesen, wo sie poliklinisch behandelt wurde. Am 27. September beobachtete Dr. Glöckner eine nicht unwesentliche Blutung

aus der Scheide, woraufhin eine Rektaluntersuchung gemacht wurde, die jedoch negativ ausfiel. Man verordnete Scheidenausspülungen mit Sol. Alum. acet. Am 17. März 1908 brachte nun die Mutter zwei fast haselnußgroße Gewebsstücke, die die kleine Patientin bei der Regel verloren haben sollte. Die von Herrn Prof. Robert Meyer ausgeführte Untersuchung der Gewebsstückchen ergab Karzinom. Daraufhin wurde das Kind der Frauenklinik überwiesen, nachdem vorher festgestellt worden war, daß man vom Rektum aus einen Tumor in der Scheide fühlen konnte. Hier war Patientin 8 Tage zur Beobachtung und wurde dann wieder auf Wunsch der Mutter entlassen. Nach einer inneren Untersuchung in der Klinik konnte man auch eine reichliche Blutung aus der Scheide beobachten. Am 10. April nahm Herr Sanitätsrat Glöckner eine innere Untersuchung in Narkose vor. Es gelang jetzt unschwer mit dem Zeigefinger in die Scheide vorzudringen. Wo man die Portio vermuten möchte, fand sich ein mit dem Finger zerdrückbarer, walnußgroßer, reichlich blutender Tumor, der durch Abquetschen herausbefördert wurde. Die Wurzel war als Ganzes, Uterus mit Tumorinsertion verschieblich, so daß eine Radikaloperation zu empfehlen war und man Hoffnung auf Heilung zu haben schien. Nach der Untersuchung wurden bei dem Kinde Lysoformspülungen gemacht und die Scheide mit Jodoformgaze tamponiert.

Am 23. April 1908 wurde die Patientin in die Klinik des Herrn Dr. Glöckner aufgenommen zwecks radikaler Operation. Eine genaue Anamnese ergibt Folgendes:

Pat. ist geboren am 28. April 1901 zu Berlin. Die Geburt verlief normal. An Kinderkrankheiten hat Pat. Masern und Windpocken gehabt, zeitweise blutige Durchfälle. Die erste Blutung aus der Scheide wurde schon im 4. Lebensjahr beobachtet, jedoch war dies mehr blutiger Ausfluß. Im August 1907 traten mehrfach Blutungen ein, die von der Mutter für Unwohlsein gehalten wurden. Besondere Beschwerden dieserhalb hat Pat. niemals gehabt.

Die Eltern der Pat. sowohl wie ihre drei Schwestern sind gesund. Eine Schwester der Mutter starb an Magenkrebs, sonst sind keine Familienangehörigen an Karzinom gestorben.

Pat. selbst befindet sich in gutem Ernährungszustande, ist allerdings etwas anämisch. Brustorgane o. B. Bei der Betastung des Bauches ist nichts Besonderes festzustellen. Die Untersuchung per rectum ergibt einen negativen Befund.

Nachdem Pat. am Abend vorher 0,5 Veronal erhalten hatte, wurde am 30. April unter Äthernarkose die Operation von Herrn Sanitätsrat Glöckner vorgenommen. Die Bauchhöhle wurde durch einen etwa 10 cm langen, vom Nabel bis zur Symphyse reichenden Medianschnitt eröffnet. Die Blase wurde mit Leichtigkeit zurückgestreift und dann der Uterus, beide Adnexe und das obere Scheidendrittel exstirpiert. Nach genauer Blutstillung wurde die Bauchhöhle wieder durch die Naht geschlossen. Die Operation war wegen der äußerst beengten räumlichen Verhältnisse und Kleinheit der Organe sehr schwierig, dauerte zwei Stunden, gelang aber sehr gut. In der Rekonvaleszenz machten sich in den ersten Tagen Lungenstörungen geltend, die Temperatur stieg auf 39,4, der Puls über 140 Schläge.

Vom 6. Tage traten völlig normale Verhältnisse ein. Infolge der Unruhe des Kindes und der starken Spannung der Bauchdecken war die Bauchwunde am 20. Mai bis auf die Muskelfaszienschicht auseinandergewichen, so daß am darauffolgenden Tage drei sekundäre Nähte gelegt werden mußten. Diese heilten bald sehr gut zu; Pat. wurde am 30. Mai geheilt entlassen, soll sich jedoch nach einem Vierteljahr wieder vorstellen.

Der exstirpierte Uterus hat eine Breite von 15 mm, die Dicke betrug etwa 5 mm, die Länge etwa 30 mm; die Größenverhältnisse waren also dem Alter des Kindes entsprechend. Die vordere Muttermundslippe war stark gewuchert und erodiert, die Erosionsfläche war etwa ein Pfennigstück groß und entsprach der Ansatzstelle des walnußgroßen Tumors, der bei der Untersuchung in Narkose abgequetscht wurde. K. Boas.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

Fr. Barach, Ein Fall von symmetrischer Kontraktur der Gelenke der oberen und unteren Extremitäten. (Aus der chirurgischen Abteilung des I. öffentlichen Kinderkrankeninstituts, Wien) (W. m. W. 1915 Nr. 3.) Bei dem 8 Monate alten Kinde fand Verf. Klumpfüße kombiniert mit Kontrakturen in den Ellbogen- und Schultergelenken. Knie- und Hüftgelenke zeigten keine Veränderungen. In beiden Ellbogengelenken bestand starke Einschränkung der Bewegungen im Sinne der Supination, Pronation, Flexion und Extension. Das Röntgenbild zeigte normale Verhältnisse — weder Synostose noch Luxation. Grätzer.

W. Knoepfelmacher u. **Gertrud Bien,** Untersuchungen über die Nabelkoliken älterer Kinder. (Aus dem Karolinenkinderspital in Wien.) (W. m. W. 1915 Nr. 5.) Auch Verff. haben häufig Gelegenheit gehabt, die Diagnose der „Nabelkoliken" zu stellen. Sieben von diesen Kindern haben sie einer genauen klinischen Analyse unterzogen und dabei erhoben, daß die Krankheit meist viele Monate bestand. Die Anfälle liefen in der typischen Weise ab und dauerten mehrere Minuten oder auch viel länger. Die Schmerzen waren meist unabhängig von der Nahrungsaufnahme, traten in 2 Fällen auch nachts auf; einmal wurde „Hungerschmerz" angegeben. An Symptomen fanden Verff. dabei: Erbrechen, Luftaufstoßen, Druckempfindlichkeit der Nabelgegend, Obstipation, Neigung zu Schwitzen, häufiges Erröten, Dermatographismus, lebhafte Sehnenreflexe, herabgesetzte Konjunktival-, Korneal- und Würgereflexe, allgemeine Reizbarkeit, Herzklopfen, orthotische Albuminurie. Typische objektive Symptome der Hysterie, ferner Druckempfindlichkeit der Processus spinosi (nach Friedjung) haben Verff. dabei nicht gefunden.

Das Wesen der Anfälle ist noch nicht geklärt; es handelt sich nach Wertheimber um eine Neurose des Plexus mesentericus, nach Friedjung um Hysterie; Angiospasmus der Darmgefäße, wie ihn Pal für den Erwachsenen beschrieben hat, könnte diese Anfälle erklären, und Kirsch hat die bei zwei Kindern anfallsweise auftretenden Schmerzen im Abdomen auf Angiospasmus zurückgeführt.

Doch sind diese Fälle klinisch nicht genügend genau beobachtet, um hier zur Entscheidung herangezogen werden zu können.

Da die Diagnose der Nabelkoliken aus der Anamnese und dem negativen Organbefund gestellt werden muß, haben Verff. sich bemüht, die große Reihe jener Krankheiten, welche zu Verwechslungen Anlaß geben können, einer kritischen Betrachtung zu unterziehen.

Differentialdiagnostisch kämen in Betracht: Obstipation, Würmer, Bleikolik, Appendizitis, Tuberkulose des Abdomens, Colitis mucosa, Gallensteine, kongenitale Abnormitäten (persistenter Meckelscher Divertikel), Tumoren, Verwachsungen, Volvulus, Einklemmungen, Intussuszeptionen, Ulcus ventriculi, Ulcus duodeni. Grätzer.

F. J. Bosc, Leukozyteneinschlüsse des Blutes beim akuten Rheumatismus. (Compt. rend. hebdom. Soc. de Biol. 1913, 28. Juni.) Die großen Mononukleären des Blutes enthalten beim akuten Gelenkrheumatismus Einschlüsse korpuskulärer oder Kokkenform, die nach ihren Formen und Reaktionen identisch mit denen sind, welche Verf. in der Gelenkflüssigkeit bemerkt hat, und mit denen, welche man in den Zellen bei Variola, Vakzine und Schafblattern konstatiert. „Sie sind wahrscheinlich parasitärer Natur.“

H. Netter (Pforzheim.)

Jean Pignot, Experimentelle Studie über eine infektiöse Krankheit, charakterisiert durch ein meningeales Syndrom auf Ikterus. SeineBeziehung zur Heine-Medinschen Krankheit; Étude expérimentale sur une maladie infectieuse, caractérisée par un Syndrome méningé avec ictère. Son rapport avec maladie la Heine-Medin. (Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. de Paris 1913, 7. Nov.) Verf. will den experimentellen Beweis dafür erbringen, daß dieses meningeale Syndrom als eine klinische Form der Heine-Medinschen Krankheit betrachtet zu werden verdient.

Seine Untersuchung im Pasteurschen Institut im Laboratorium von Levaditi wurde an drei Kranken angestellt, deren Beobachtung Guillain und Ch. Richet (Sohn) 1910 veröffentlicht haben. Mit dem Serum dieser Kranken wurde das Poliomyelitisvirus neutralisiert. Nach der Methode von Netter und Levaditi diente ein Affe als Kontrolltier. Von drei geimpften Tieren haben zwei keine poliomyelitische Läsion gezeigt. Das dritte hatte eine deutliche Verzögerung im Ausbruch der poliomyelitischen Erscheinungen.

Durch diese Experimente soll erwiesen sein, daß diese drei Kranke noch zur Zeit des Versuchs — 36 Monate nach ihrer Krankheit — poliomyelitische Antikörper besaßen, und es soll die Annahme berechtigt sein, daß, wenn dieses meningeale Syndrom mit Ikterus zur Heine-Medinschen Krankheit gehört, die Vermutung nahe liegt, daß die meisten meningitischen Zustände unbekannter Natur, wie sie in den letzten Jahren so häufig beobachtet wurden, ebenfalls eine klinische Manifestation derselben wären, eine Hypothese, die Netter aufgestellt hat. H. Netter (Pforzheim).

R. Moricheau-Beauchant, R. Guyonnet und **Corbin,** Zwei gleichzeitige Fälle von akuter Poliomyelitis bei zwei Kindern

derselben Familie; typische Lähmungen beim einen, einfacher Status meningeus beim anderen; Deux cas simultanés de poliomyélite aigue chez deux enfants d'une même famille. Paralysies typiques chez l'un; simple état méningé chez l'autre. (Bull. et Mém. Soc. méd. des hôp. de Paris 1913. 28. Febr.) Ein 5jähriges Kind erkrankt plötzlich an heftigstem Kopfweh, Erbrechen, Fieber, Prostration; man findet eine sehr schmerzhafte Milz. Am nächsten Tag deutliche meningeale Reaktion, charakterisiert durch anhaltenden Kopfschmerz, Nackenstarre und Kernig; keine Pupillenstörungen, keine vasomotorischen Streifen, keine Intelligenzstörungen. Sehnenreflexe erloschen. All diese Erscheinungen sind auch am nächsten Tag noch da, man findet aber ferner eine fast totale Lähmung des rechten Unterschenkels und des linken Armes mit starken Schmerzen in der Kontinuität der Gliedmaßen und Urinverhaltung. Am vierten Tag entschwindet das Fieber und der Allgemeinzustand bessert sich recht schnell, aber die Lähmungserscheinungen bleiben bestehen. Der Rückgang ist sehr langsam, da drei Monate nach Beginn, während der linke Arm seine Funktion nahezu wieder erlangt hat, die rechte u. E. eine noch recht beschränkte Bewegungsfähigkeit zeigt, die sich indes bis zur Zeit der Mitteilung immer mehr besserte. Trophische Störungen sehr gering. Spinalflüssigkeit klar, ohne Mikroben, geringe Mengen Lymphozyten und Polynukleäre in gleichem Verhältnis.

Sieben Tage danach erkrankt die Schwester plötzlich unter ganz gleichen Erscheinungen: Fieber, Pulsbeschleunigung, Prostration, Nackensteifigkeit, Kernig, lebhaftem Kopfschmerz, allgemeiner Hyperästhesie, Stuhlverhaltung; kein Erbrechen, keine Augenpupillenstörungen, kein Delir. So bleibt alles in gleicher Heftigkeit drei Tage lang, um dann ziemlich schnell zu verschwinden.

Eine echte Lähmung wurde nicht verzeichnet, nur, als das Kind sich wieder erhob, eine geringe, bald ganz verschwindende Muskelschwäche und Unsicherheit in Bewegungen und Gehen.

Die Diagnose einer akuten epidemischen Poliomyelitis scheint in diesen beiden Fällen nicht zweifelhaft zu sein. Hier gab sich die Krankheit durch ihre übliche Begleitung zu erkennen, die auf eine Beteiligung von Meningen und Mark hinwies; dort entwickelte sie sich in frühester Weise, sie beschränkte sich auf die Erzeugung eines Minimums meningealer Symptome, deren Diagnose verwirrend hätten sein können, wenn der erste Fall ihn nicht augenblicklich aufgeklärt hätte. Die Verff. finden in dem Verlauf ihres ersten Falles eine Bestätigung einer von Hutinel jüngst ausgesprochenen Ansicht (Réactions méningées au cours des poliomyélites. Paris médical 1913, 25. Jan.). Nach diesem Verf. setzen die bei der sporadischen, anscheinend gutartigen Poliomyelitis beobachteten Lähmungen viel tiefere und hartnäckigere Motilitäts- und Nutritionsstörungen, als diejenigen sind, welche aus der epidemischen Poliomyelitis hervorgehen, deren Allüren geräuschvoller und bedrohlicher sind. Bei diesen scheint die Infektion sich über ein großes Gebiet der Nervenzentren auszustreuen, bei jenen beschränkt sie sich, aber sie zerstört die Zellen, welche sie befällt. H. Netter (Pforzheim).

A. und **M. Romieu,** Appendix von außergewöhnlicher Größe. (Soc. des Sc. méd. de Montpellier 1913, 13. Juni.) (Montpellier médical 1913, Nr. 32.) Autopsiebefund von einem 22jährigen, an Septikämie verstorbenen jungen Mann. Die Appendix maß nicht weniger als 24 cm. Nur zwei Appendizes von ähnlicher Dimension sind den Verff. bekannt: eine von 23 cm hat Luschka, und eine von ebenfalls 24 cm hat Georgieff beschrieben. Die Appendix reichte bis in das kleine Becken hinein. Nicht weit von ihrem unteren Ende war sie durch einen peritonealen Strang abgeklemmt, der sie am Rektum mit der Wand der Excavatio verlötete und die zur Bildung einer terminalen zystischen Erweiterung geführt hatte. Das fast in ganzer Ausdehnung freie Lumen enthielt nahe dem unteren Ende über- und unterhalb der Abschnürung eine geringe Menge nicht eingedickten Kotes mit etwa zwanzig Feigenkernkapseln. Die zökale Insertion zeigte nicht die von Weitbrecht beschriebene Klappe.

H. Netter (Pforzheim).

Käte W. Baldwin (Philadelphia Pa.), A case of hydronephrosis in a child. (The urologiec and cutaneneous review, Dezember 1913, S. 663ff.) Der vorliegende Fall verdient Erwähnung erstlich deshalb, weil eine Affektion dieser Art bei einem Kinde in den ersten Lebensjahren zu den größten Seltenheiten gehört, zweitens, weil das Kind einen so schweren Eingriff wie der hier zu schildernde ausgezeichnet überstand, endlich aus dem Grunde, weil die Operation die weitere Entwicklung des kleinen Patienten in keiner Weise störend beeinflußt hat.

Es handelt sich um einen weißen Knaben, den Sohn amerikanischer Eltern, welcher wegen Hydronephrose am 11. Februar 1911 im „Women's Hospital" zu Philadelphia Aufnahme fand. Seine Mutter schob die Schuld an der Entstehung seines Leidens auf die rituelle Zirkumzision, welche bei dem Kinde im Alter von 3 Monaten vollzogen worden war; denn bis dahin hatte die Gesundheit des Knaben angeblich nichts zu wünschen übrig gelassen. Kurz nach dem erwähnten Eingriff sei hingegen eine Anschwellung der linken Seite des Abdomens, beginnend am Rippenbogen, bemerkt worden. Bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres sei dieselbe stationär geblieben, von da an aber habe sie sich ständig weiter nach oben und nach rechts ausgedehnt. Das Kind wurde nunmehr von einem Krankenhause ins andere geschleppt, bis man glücklich mit ihm im „Women's Hospital" landete.

Es handelt sich um einen 2jährigen, gut entwickelten, ca. 12 kg schweren Knaben. Zähne und Lymphsystem befinden sich in ausgezeichnet gutem Zustande, Herz und Lungen sind gesund. An der rechten Seite des Abdomens bemerkt man eine beträchtliche, halbkuglige Auftreibung, während die linke sich absolut normal verhält. Der Perkussionsschall über dem Tumor ist leer, die Palpation läßt deutliche Fluktuation erkennen. Die Untersuchung des Urins, welche öfters wiederholt wurde, ergab ein spezifisches Gewicht zwischen 1015 und 1020, saure Reaktion, Indikan und Spuren von Eiweiß und Zucker. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich Epithelien und einige wenige Leukozyten. Die Menge des Harnstoffs betrug durchschnittlich 0,25 auf den Kubikzentimeter.

Die Operation wurde am 7. März 1911 von der Verf. ausgeführt. Der Schnitt reichte rechterseits von dem äußeren oberen Winkel des Darmbeins bis zur Linea alba, wodurch die vollständige Freilegung des Zystensackes und der rechten Niere gelang. Beides wurde aus der Wunde herausgehoben, Nierengefäße und Zyste abgebunden, ohne die letztere anzureißen, und dann sowohl die Zyste als auch die rechte Niere in toto exstirpiert, worauf man noch die Entfernung des Wurmfortsatzes vornahm. Die obere Hälfte der Wunde schloß die Operateurin sodann durch Katgutnähte, während sie die untere offen ließ und austamponierte. Die Operation dauerte im ganzen eine halbe Stunde. Sie fand statt unter Äthernarkose, indem etwa 75 g Äther notwendig wurden. Zirka 15 Minuten nach Beginn der Operation wurde der Puls schlecht, was die Applikation von Stimulantien einschließlich Atropin und Strychnin notwendig machte. Doch genügte das nicht, weshalb man noch eine Injektion von Kampferöl, eine Kochsalzinfusion und eine Koffeineingießung anschloß. Während der Dauer der Operation schwankte der Puls zwischen 88 und 100, bisweilen war er nicht zu fühlen. Die Atemfrequenz betrug 28—40 in der Minute. Als man nach Beendigung der Operation das Kind zu Bett brachte, war sein Befinden leidlich, obwohl sich eine hochgradige Erschöpfung bemerkbar machte. Die Temperatur war etwas über 39°, der Puls besser, doch zuzeiten noch schwach und sehr frequent bis zu 144. Dann aber genas der Knabe schnell, und auch der Operationschok gab keine Veranlassung mehr zu irgendwelchen Bedenken. Schon am dritten Tage nach dem Eingriff konnte man die Tampons entfernen und auch die untere Hälfte der Wunde durch die Naht schließen.

Die im Oberlin-Institut ausgeführte Untersuchung des Präparates hatte folgendes Ergebnis: Es liegt vor eine rechte Niere mit großer Zyste und daranhängendem Ureter. Die Zyste enthält ca. 2500 ccm Flüssigkeit von gelblicher Farbe, saurer Reaktion und einem spez. Gewicht von 1011. Sie zeigt Spuren von Albumen, aber keinen Zucker und einen Harnstoffgehalt von 0,9%. Bei der mikroskopischen Untersuchung findet man Epithelien und einige wenige rote Blutkörperchen. Das Nierenbecken ist zu einem Sacke von beträchtlicher Größe erweitert, die in das letztere mündenden Nierenkelche zeigen sich gleichfalls zystisch dilatiert. Das Nierengewebe präsentiert sich nur noch als dünne Schale von knapp 1 cm Stärke an der dicksten Stelle. Die Mehrzahl der Sammelröhren ist obliteriert und durch Bindegewebe ersetzt. Die Tubuli contorti weisen ähnliche Verhältnisse auf. Auch die Glomeruli zeigen bindegewebige oder hyaline Degeneration, einige wenige von ihnen sind intakt geblieben. Die pathologisch-anatomische Diagnose lautet: Hydronephrosis cystica congenita nebst Appendicitis chronica obliterans.

Verf. sah das Kind zwei Jahre später wieder, als es 4 Jahre alt war. Es schien sich einer trefflichen Gesundheit zu erfreuen, und der Verlust der einen Niere machte ihm nicht die geringste Beschwerde. Sein Gewicht betrug damals 16 kg, und seine Entwicklung zeigte sich normal in jeglicher Beziehung. Kronecker.

K. Michelsen (Däne), Fünf Fälle von der Krankheit von Calvé-Perthes. (Aus dem Küsthospital Refsnäs.) (Hospitaltidende

1914 Nr. 37.) Unabhängig von Calvé und vor der Veröffentlichung von Perthes 1913 hatte man im Küsthospital Refnäss das Leiden beobachtet, das Perthes Osteochondritis deformans juvenilis nannte. Der Verf. zieht den Namen Calvé-Perthessche Krankheit vor. Er beschreibt vier Fälle bei Knaben, einen Fall bei Mädchen; er hebt die Bedeutung der Röntgenuntersuchung hervor. Das Leiden ist namentlich anfangs der tuberkulösen Hüftentzündung sehr ähnlich. Fehlen der Pirquetscher Reaktion hilft oft die richtige Diagnose aufzustellen. Die Prognose ist gut. Zu der Behandlung muß eine amovible Bandage und tägliche Muskelmassage angewandt werden. Um das kranke Bein zu schonen, muß man dem Pat. eine hohe Sohle unter das gesunde Bein und Krücken geben, so lange das Leiden fortschreitet. Der Verf. ist der Ansicht, daß das Leiden dem von Alban Köhler beschriebenen Leiden des Os naviculare und der Patella gleich ist.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde in Berlin.

Pädiatrische Sektion. Offizielles Protokoll 11. V. und 8. VI. 1914.

(Nach der D. m. W. 1914 Nr. 48.)

Vorsitzender: A. Baginsky; Schriftführer: Erich Müller.

1. R. Bieling (a. G.): **Über die Einwirkung endokriner Drüsenextrakte auf den Stoffwechsel rachitischer Säuglinge.** Auf Anregung meines Chefs, Herrn Prof. Erich Müller, wurden rachitischen Säuglingen Extrakte aus Kälberthymus, Hypophysenvorderlappen des Rindes und Parathyreoidea von Hammeln (Hoffmann-la Roche) subkutan injiziert, um die Beeinflussung des Mineralstoffwechsels zu studieren. In einem fünftägigen Vorversuch wurde zunächst der Ca- und Ph-Umsatz des unbehandelten Kindes festgestellt und dann mit einer 12- bis 15tägigen Injektionskur begonnen. An den letzten fünf Tagen derselben wurde wiederum die Bilanz festgestellt und nach 8tägigem Aussetzen der Injektionen ein 5tägiger Nachversuch zur Kontrolle angesetzt. In dem Versuch mit Thymus waren die Retentionswerte für Ca und Ph in allen drei Untersuchungen gleich und subnormal. Ein Einfluß der zugeführten Substanz machte sich also im Stoffwechselversuch nicht geltend. Auch mit dem Extrakt von Hypophysenvorderlappen gelang eine positive Beeinflussung der schlechten Ca-Bilanz nicht. Es trat vielmehr eine geringe Verschlechterung in der Versuchszeit in Erscheinung. Dagegen war es möglich, mit Parathyreoidea einen deutlichen Ausschlag zu erzielen. Während der Injektionszeit konnte eine bedeutende Verbesserung der Retentionswerte für Ca und Ph konstatiert werden. Da sich sonst keinerlei hier zu beachtende Veränderungen im Stoffwechsel bemerkbar machten und mit dem Aussetzen wieder eine Verschlechterung eintrat, so wird man diesen Ausschlag auf die Injektionen zurückführen können. Es wird deshalb auf die Bedeutung der Parathyreoidea für die Ca- und Ph-Stoffwechselstörungen im Säuglingsalter hingewiesen.

Diskussion. O. Meyer erinnert an einen Fall von schwerster Spasmophilie und Rachitis, den er im Juni 1913 an diesem Ort vorgestellt hat. Das Kind, das Jahr und Tag in ersten Kliniken vergeblich behandelt worden war, wurde durch Parathyreoidin von seiner Tetanie vollständig geheilt. Ganz besonders aber zeigte sich der günstige Einfluß der Nebenschilddrüsensubstanz auf die Rachitis. Das Kind, das bis zu seinem dritten Lebensjahre trotz aller Behandlung keinen Fuß gesetzt hatte, lernte unter Parathyreoidin laufen. Wenige Monate nach der Vorstellung des Kindes im Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde wurde es auf der Straße aufgegriffen und auf eine Polizeiwache gebracht, weil es sich weit von Hause entfernt hatte. — Vortr. hat seinerzeit vorgeschlagen, den

Kalkstoffwechsel bei Rachitis unter Parathyreoidin zu untersuchen. Ihm selbst als Praktiker fehlte die Möglichkeit dazu. Er hat sich auf die Behandlung schwerer Fälle von Rachitis mit Parathyreoidin beschränken müssen. Nur solche Fälle, die vorher längere Zeit behandelt waren, sich aber gegen die üblichen therapeutischen Methoden refraktär erwiesen, wurden gewählt. In diesen allerdings wenigen Fällen war der Einfluß des Parathyreoidins ein zweifellos günstiger.

Langstein: Ich möchte nur das Wort ergreifen, weil die Geschichte der Rachitis und ihrer Behandlung mit Organpräparaten lehrt, wie vorsichtig man bei der Bewertung solcher Dinge sein muß. Wir haben bisher fast noch kein Organpräparat angewandt gesehen, bezüglich dessen nicht von dem einen oder anderen über gute Erfolge berichtet worden wären. Der Vortr. hat sich ja vorsichtig ausgedrückt und nicht von einer Besserung der Rachitis gesprochen, sondern nur von einer Wirkung der Parathyreoideadrüse auf den Kalkstoffwechsel. Nun möchte ich daran erinnern, daß auf dem letzten Naturforscherkongreß an demselben Tage, als Moll über die Beziehungen der Parathyreoidea zur Tetanie gesprochen hatte, der Wiener Pathologische Anatom Weichselbaum darauf hinwies, daß er bei Rachitis eine Hypertrophie der Epithelkörperchen regelmäßig hat nachweisen können. Das sind immerhin auch experimentelle und klinische Anhaltspunkte, die darauf hinweisen, daß wir der Organtherapie doch in Zukunft vielleicht an Hand der Stoffwechselversuche mehr Aufmerksamkeit werden schenken müssen.

Bieling (Schlußwort): Ich darf vielleicht nur noch sagen, daß ich klinische Erfolge während der Injektionszeit nicht gesehen habe, auch nicht bei der Parathyreoidea. Es haben sich bei dem Kinde keine Veränderungen und keine Besserungen der rachitischen Symptome am Schädel und an den Extremitäten bemerkbar gemacht.

2. Frl. E. Reinike (a. G.): **Lipoidsubstanzen im Urinsediment beim Kinde.** (S. Referat in dieser Nummer.)

Diskussion. Herbst fragt die Vortr., was für Formelemente es gewesen seien, die sie bei den orthotischen Albuminurien gefunden habe, und sagt auf die Antwort der Vortr., daß es sich um Zylinder, Epithelien und Leukozyten in ziemlicher Menge gehandelt hätte, es interessiere ihn, festzustellen, daß jetzt solche Befunde zu der orthotischen Albuminurie gerechnet würden. Früher an der Heubnerschen Klinik habe die Lehre gegolten, daß eine orthotische Albuminurie ausgeschlossen werden müsse, wenn Zylinder in etwas reichlicherer Menge vorhanden sind.

Langstein: Das ist mir außerordentlich interessant! Ich habe seit Czernys Publikation über die Ausscheidung von Formelementen im Urin bei orthotischer Albuminurie absichtlich in der Privatpraxis darauf geachtet und niemals Zylinder gefunden, trotz Durchmusterung zahlloser Präparate. In der Publikation von Politzer über Ren iuvenum findet sich ebenfalls die Beschreibung einer großen Anzahl Albuminurien ohne Befund von Formelementen; und heut hören wir wiederum: es gibt keinen Unterschied zwischen Nephrose und orthotischer Albuminurie im Harnbild. Das werden Sie so lange behaupten, bis einige Jahre später die Nackenschläge von der Urämie kommen. Sie tragen damit wieder eine große Beunruhigung ins Publikum, ohne daß Sie bisher genügend beweiskräftige Krankengeschichten bekanntgegeben haben. Hoffentlich gelingt es uns, eine Brücke zu schlagen und uns zu verständigen. Vielleicht gelingt das durch klinische Beobachtungen und Gedankengänge. Politzer hat eine Methode angegeben, um die reinen Albuminurien, die wir als orthotische Albuminurien bezeichnen, zu unterscheiden von den schon lange gekannten Nephritiden, die nach orthotischem Typus verlaufen und Formelemente haben; er findet den grundlegenden Unterschied in der vermehrten Ausscheidung von Chondroitinschwefelsäure. Diese Chondroiturie scheint mir tatsächlich zu gestatten, den funktionellen Typus und den läsionellen Typus der orthotischen Albuminurie voneinander zu unterscheiden. Ich erlaube mir also die Anfrage an Fräulein Reinike, ob sie vielleicht bei ihren Fällen, die Formelemente ausgeschieden haben, das Symptom der Chondroiturie festgestellt hat, also den läsionellen Typus vor sich hatte. Denn ohne weiteres kommen wir über unsere Differenzen nicht hinweg, nachdem Heubner und ich einen Fall von reiner orthotischer Albuminurie bis zum Tode beobachtet haben, bei dem auch die pathologisch-anatomische Untersuchung keine Nierenveränderung ergab.



Fritz Munk: Der Nachweis von doppeltbrechenden Lipoidsubstanzen spielt heute bei der Differentialdiagnose der verschiedenen Formen der Nierenerkrankungen Erwachsener eine große Rolle. Wir sind imstande, durch diesen Nachweis klinisch die Frage zu entscheiden, ob es sich in einem Falle um eine akut entzündliche oder um eine degenerative Nierenerkrankung, um eine Nephrose handelt. Bekanntlich ist diese Entscheidung nicht immer leicht. Die Anamnese ist sehr häufig nicht ausreichend, zumal wenn ätiologische Momente fehlen und der erste Beginn der Krankheit dem Patienten nicht zum Bewußtsein kam. Ebenso gibt auch das Krankheitsbild selbst hierfür nicht immer genügende Anhaltspunkte. Insbesondere ist die Ausscheidung von Zylindern und Eiweiß häufig in beiden Formen parenchymatösen Erkrankungen sehr ähnlich. Bei der großen Verschiedenheit derselben in bezug auf Verlauf, Prognose und Therapie ist es nun sehr wichtig und wünschenswert, eine Methode zu besitzen, mit der man in solchen Fällen einwandfrei von vornherein, sobald der Patient in die Behandlung kommt, die Unterscheidung treffen kann, ob es sich um eine akut entzündliche Nephritis oder um eine Nephrose handelt. Das Vorkommen von doppeltbrechenden Lipoiden bei krankhaften Prozessen in dem Urin ist anatomisch schon seit längerer Zeit von verschiedenen Autoren studiert und festgelegt. Meine Befunde von Lipoiden im Urin für die klinische Diagnose sind ebenfalls durch Arbeiten aus der v. Noordenschen Klinik vollkommen bestätigt. Es ist darum außerordentlich dankenswert, daß Frl. Reinike den diagnostischen Wert dieser Methode auch bei den Nierenerkrankungen der Kinder zu prüfen unternommen hat. Ihre Resultate stimmen mit den meinigen, wie ich noch näher ausführen werde, vollkommen überein. Zunächst möchte ich mir erlauben, Ihnen einige anatomische Bilder von verschiedenen Nieren zu demonstrieren, bei denen eine lipoide Degeneration vorliegt und Lipoide im Urin nachzuweisen sind. Sie sehen hier das Bild eines Urinsediments bei einer Nephrose. In gewöhnlichem Lichte sind die Lipoidtröpfchen und -zylinder von den übrigen Elementen, insbesondere dem Fett, nicht zu unterscheiden. Hier, im polarisierten Lichte dagegen ist das ganze Gesichtsfeld verdunkelt, nur die Lipoide erscheinen als hellglänzende Tröpfchen mit dem typischen schwarzen Achsenkreuz. Das folgende Bild stellt einen mit Leichen-Hammelserum gefärbten Gefrierschnitt einer reinen Lipoidnephrose dar (von einem Fall von akuter syphilitischer Nierenerkrankung herrührend). Sie sehen hier die rotgefärbten Lipoidtröpfchen hauptsächlich in den Tubuli cont. I. Ordnung. Die lipoide Degeneration ist in den verschiedenen Kanälchen in verschiedenem Grade vorgeschritten. In einigen davon liegt eine rein albuminöse Degeneration vor, und es besteht gleichsam ein unmerklicher Übergang von dieser zu den Partien mit ausgesprochenster Lipoiddegeneration. Nirgends sehen Sie entzündliche Erscheinungen. Die Glomeruli sind vollkommen intakt. Ein anderes Bild sehen Sie hier, wo es sich um eine sekundäre Schrumpfniere handelt. Hier sind die degenerativen Vorgänge sekundär in dem durch die Entzündung gewucherten Bindegewebe vorhanden. Es ist eine akute Glomerulonephritis vorausgegangen, deren Residuen Sie noch an den zum Teil atrophierten Glomeruli und insbesondere an den verdickten Kapseln erkennen mögen. Wie bei der vorhin demonstrierten reinen Nephrose können auch bei dieser sekundär lipoiddegenerativen Nierenerkrankung Lipoide im Urin auftreten. Zur Differentialdiagnose gibt es jedoch außer anamnestischen Daten andere klinische Anhaltspunkte, insbesondere das Verhalten des Gefäßsystems, worauf ich nicht näher eingehen will. Endlich zeige ich Ihnen noch einen reichangefärbten Gefrierschnitt einer gummösen Schrumpfniere. Hier sehen Sie die lipoide Degeneration hauptsächlich in dem Endothel der Gefäße. Auch bei dieser Form können die Lipoide im Urin diagnostische Bedeutung erlangen. Kurz möchte ich noch auf eine Beobachtung von Frl. Reinike zurückkommen. Sie fand in einigen Fällen nur ganz vereinzelte (1 oder 2) doppeltbrechende Substanzen im Urinsediment. Ich muß hervorheben, daß es im Urin eine Menge anisotroper Körper gibt. So brechen z. B. alle Kristalle doppelt, außerdem können Teile von Haaren oder Splitter von Leinwandfasern zu Verwechslungen führen, da sie mitunter denen der lipoiden Sphärokristallen durchaus ähnliche Kreuzchen aufweisen, insbesondere auch wenn Glyzerin dem Urinsediment zugesetzt wird. Diese Täuschungen sind jedoch bald auszuschalten, wenn man einige Übung und Erfahrung hat. Man stellt ja eine so wichtige Diagnose auch nicht auf das Vorhandensein eines oder zweier zweifelhaften Gebilde hin. Ist eine lipoide Degeneration vorhanden, so erscheinen die Lipoide auch in der Mehrzahl, wenn auch nicht stets, so doch zeitweise im Urin.

Orgler weist darauf hin, daß Kaiserling und Orgler zuerst diese Lipoide in Nieren mit sogenannter Degeneration nachgewiesen haben. Urinuntersuchungen wurden damals nicht gemacht, da es sich bei diesen Untersuchungen um die Abgrenzung der fettigen Infiltration von jenen degenerativen Veränderungen handelte, die man damals als „fettige Degeneration“ bezeichnete und bei denen es sich nach diesen Untersuchungen gar nicht um Fett, sondern um Lipoide handelte. Ferner konnte er den Nachweis erbringen, daß parallel mit dem Auftreten von Lipoiden in der Niere auch eine Vermehrung der Autolyse stattfindet. Das Auftreten der Lipoide in der Niere zeigte stets schwere degenerative Veränderungen an. Trotzdem muß der klinische Befund von Lipoiden im Urin vorsichtig bewertet werden; denn es gibt Fälle, in denen die degenerativen Veränderungen nicht die ganze Niere, sondern nur kleine Teile derselben betreffen, wie z. B. bei pyämischen Abszessen; so hat er in einem Fall von Pyämie beim Erwachsenen neben Wachszylindern Lipoide im Urin beobachtet (wahrscheinlich kleine pyämische Abszesse in der Niere); der Patient ist vollkommen geheilt.

Finkelstein: Wenn ich recht gehört habe, ist gesagt worden, daß bei der luetischen Nephritis der kleinen Kinder der Lipoidbefund im Sediment, der auf schwerere Vorgänge hindeutet, nicht erhoben wurde. Ich glaube indessen, daß bei größerem Material schwerer Formen man doch dazu kommt, anzunehmen, daß diese parenchymatösen und degenerativen Charaktere mit Verfettungen, die der luetischen Nephritis der Erwachsenen entsprechen, auch im ersten Lebensjahre keineswegs so ganz selten sind. Wir wenigstens haben neben dem häufigen und vieldeutigen Befund von Zylindern, Epithelien usw. im Urin im Laufe der Zeit eine ganze Reihe von Fällen gesehen, die ein typisches Bild mit Fettkörnchenzellen, Fettkörnchenzylindern, Wachszylindern usw. zeigten. Wir haben bei einigen dieser Fälle auch durch Sektion die Gegenwart schwerer degenerativer Nierenveränderungen bestätigen können, und wenn wir das Sediment auch nicht mit dem Polarisationsapparat untersucht haben, so möchte ich doch dafür eintreten, daß eben auch für die Lues der kleinen Kinder ein entsprechender Befund vorkommt.

Eckert: Die Albuminurie, die Heubner als orthotische beschrieben hat und wofür er den Namen „orthotische“ eingeführt hat, ist nach seiner Auffassung eine Eiweißausscheidung, bei der Formelemente trotz genauester Untersuchung nicht gefunden wurden. Wenn die Vortr. aber bei orthotischen Albuminurien Formelemente nachwies, so ist zu bedenken, daß wir sie an der Heubnerschen Klinik seinerzeit auch sahen, wenn eine interkurrente Erkrankung (Angina, Pharyngitis) einen besonderen Reiz ausübt. Daneben bestehen doch aber eine ganze Reihe anderer Eiweißausscheidungen, die sich bis zu einem gewissen Grade an den orthotischen Typus halten. Ich sah akute Nephritiden nach dem orthotischen Typ abheilen, ich erinnere ferner an die prämonitorische Albuminurie bei Tuberkulose. Wir kennen bei unseren Soldaten Albuminurien, die teilweise nicht auftreten bei Lagenwechsel, also nicht dann, wenn der Betreffende aufsteht und sich ruhig bewegt, sondern nur, wenn größere Märsche und Anstrengungen vorangegangen sind. Bei diesen physiologischen Albuminurien (v. Leube) finden wir eine Eiweißausscheidung, die meist erheblich größer ist, als im allgemeinen bei orthotischer Albuminurie beobachtet wird; bei ihnen finden wir dann auch Formbestandteile. Frl. Reinike hat vielleicht derartige Fälle mit untergeordnet unter den Begriff der orthotischen Albuminurie. Ich glaube, wir werden hier noch schärfer unterscheiden müssen.

F. Munk: Herr Orgler hat auf isolierte Nierenprozesse aufmerksam gemacht, bei denen lipoide Degeneration vorkommt. Ich bin vorhin nicht auf diese eingegangen, kann Ihnen aber hier ein Präparat eines einschlägigen Falles, eines Niereninfarktes, demonstrieren. Sie sehen die lipoide Degeneration in der Randzone des atrophischen Gewebsprozesses. Unter gewissen Bedingungen können auch bei solchen Prozessen Lipoide im Urin auftreten.

Krückmann: Wir haben seinerzeit in Königsberg bei allen Albuminurien, die mit charakteristischen Veränderungen des Augenhintergrundes verknüpft waren, beobachtet, daß die weißen Flecke der Retina aus Lipoiden bestehen. Hierbei möchte ich noch bemerken, daß man im Gefrierschnitt das Kreuz nicht immer sogleich sah, und daß dasselbe vielfach erst einige Stunden später in Erscheinung trat. Damals war man aber in der Harnuntersuchung noch nicht so weit, wie wir heute abend von Herrn Munk gehört haben. Nun möchte ich an Herrn Munk

die Frage richten, ob er vielleicht bei seinen Nephritiden oder Nephrosen oder Nierenerkrankungen mit Lipoidbefund im Harn auch im Augenhintergrunde albuminurische Erscheinungen gefunden hat. Wäre dies der Fall, so könnte man in gewisser Weise vielleicht eine Beziehung der Lipoide in Niere und Auge konstruieren.

A. Baginsky: Wenn ich richtig verstanden habe, wollen Sie unterscheiden zwischen denjenigen lipoiden Formen, welche Sie in den Haarkanälchen gefunden haben, und denjenigen, die Sie interstitiell gefunden haben. Sie bezeichnen die ersteren als nicht entzündlicher Natur und trennen sie von den anderen, interstitiellen, als entzündlicher Natur. Ich bitte, mir Aufschluß zu geben, warum das eine Mal so geurteilt wird und das andere Mal anders. Ich bin damit jetzt nicht so vertraut, daß ich das bestätigen könnte; ich könnte das nur aus eigener Untersuchung entscheiden. Aber ich wüßte nicht, wie ich imstande sein sollte, zu sagen, daß der eine Typus nicht entzündlich sei und der andere entzündlich. Anatomisch scheint mir keine Möglichkeit gegeben, solche Unterschiede zu machen. Ich möchte deshalb bitten, mir darüber Aufschluß zu geben. Dann möchte ich bezüglich der Schrumpfniere fragen: haben Sie Kinder im Auge gehabt oder haben Sie von erwachsenen Arteriosklerotischen gesprochen? Das ist wichtig zu wissen, weil arteriosklerotische Nieren bei Kindern doch nicht zu den häufigen Vorkommnissen gehören; man kann, glaube ich, die Verhältnisse von Erwachsenen nicht auf Kinder übertragen. Im übrigen stimme ich damit, was Herr Finkelstein über die syphilitischen Kinder gesagt hat, durchaus überein. Sie wissen, daß ganz schwere Fälle von Nierenveränderungen vorkommen, an denen die Kinder zugrunde gehen; hier handelt es sich um direkte Zerstörungen der Nieren. — Aber noch eine andere Frage liegt mir am Herzen. Ich möchte erfahren, ob man bei Fällen mit großen Schwellungen der Leber und Fettanhäufung, die doch prognostisch so bedeutungsvoll sind, Lipoide im Harn auftreten sieht. Es wäre dies sehr wichtig, weil man damit imstande wäre, auch diagnostisch vorwärts zu kommen; die Fettleberkinder gehen dabei fast alle zugrunde, und erst in der Leiche findet man die Veränderung der Organe, die sonst nicht zu diagnostizieren war. Kann da das Auftreten von Lipoiden im Harn auch für den Fettumsatz und Fetttransport diagnostisch bedeutungsvoll sein? — Darüber möchte ich Aufschluß haben.

F. Munk: Zuerst darf ich wohl auf die Frage des Herrn Krückmann bezüglich der lipoiden Degeneration bei pathologischen Veränderungen im Auge kurz eingehen. Als ich seinerzeit die anatomischen Untersuchungen über das Vorkommen der lipoiden Degeneration im Organismus anstellte, habe ich auch die Retina, insbesondere bei Retinitis albuminurica in das Bereich meiner Untersuchungen gezogen. Es ist mir damals nicht gelungen, doppeltbrechende Lipoide bei diesem Prozeß festzustellen. Inzwischen sind aber doch positive Befunde berichtet worden. Dies ist auch durchaus nicht erstaunlich, wenn wir uns vor Augen halten, daß bei den sklerotischen Prozessen der Gefäße die lipoide Degeneration im Endothel bzw. in der Intima eine große Rolle spielt. Den Zusammenhang des Auftretens lipoider Substanzen in der Retina und in der Niere dürfte demnach die bei der Schrumpfniere häufig vorhandene ubiquitäre Sklerosis kleinster Gefäße bilden. In irgendeinem Stadium der Schrumpfniere findet man bei sorgfältiger und über einige Zeit ausgedehnter Untersuchung des Urinsediments meist auch einzelne oder mehrere Lipoidtröpfchen. Auf die Frage des Herrn Vorsitzenden möchte ich in kurzem Folgendes ausführen: Wir unterscheiden heute in der Synopsis der Nierenerkrankungen zwischen Nephritiden und zwischen Nephrosen. Unter den Nephrosen verstehen wir diejenigen Prozesse in der Niere, bei denen entzündliche Vorgänge (Exsudation, Infiltration usw.) wenigstens primär fehlen, sondern bei denen von vornherein degenerative Vorgänge vorherrschen. Als solche sind hauptsächlich zu nennen: die albuminäre, die nekrotische, die fettige und die lipoide Degeneration. Virchow hielt allerdings — und ich glaube aus dieser Anschauung heraus wird die Frage von Herrn Baginsky aufgeworfen worden sein — die albuminöse Degeneration („trübe Schwellung") ebenfalls für eine Entzündung. In dieser Auffassung hat sich eine Änderung vollzogen, indem diese degenerativen Prozesse den entzündlichen gegenübergestellt werden. Das zuerst gezeigte Präparat war demnach der Typ einer Nephrose, das ich nur degenerative (albuminöse, lipoide) Vorgänge vorfinden. Bei den akuten entzündlichen Nephritiden (Hauptrepräsentant der Glomerulonephritis) ist die lipoide De-

generation nicht vorhanden, wenigstens nicht im akuten Stadium. Sekundär allerdings kann eine lipoide Degeneration, wie wir sie an dem zweiten demonstrierten Präparat gesehen haben, ebenfalls auftreten. Klinisch fassen wir dieses Degenerationsstadium als das Bild der subakuten bzw. chronischen Nephritis auf. Endlich noch einige Worte über die syphilitische Nephritis bzw. Nephrose. Das erst demonstrierte Präparat einer reinen Nephrose stammt von einem Falle einer akuten syphilitischen Nierenerkrankung. Ich möchte bei dieser Gelegenheit nochmals ausdrücklich betonen, daß derartige Lipoidnephrose wohl auch ohne syphilitische Ätiologie vorkommen können. Als ich über meine Befunde bei dieser syphilitischen Nephrose berichtete, hatte Herr Eckert die Freundlichkeit, mich auf die Verschiedenheit gegenüber den Prozessen bei syphilitischen Nierenerkrankungen der Kinder hinzuweisen und mir einige Präparate zu übergeben. Ich hatte in der Zwischenzeit auch selbst Gelegenheit, derartige Fälle zu untersuchen. Die Art der Nierenveränderungen bei Syphilis ist nun allerdings total verschieden von denen der Erwachsenen. Bei ersteren ist es durchaus kein reiner Degenerationsprozeß, sondern es handelt sich um zellinfiltrative, entzündliche Prozesse.

Cassel: Ich habe sehr viel syphilitische Nieren untersucht und möchte Herrn Munk nur bemerken, daß beide Prozesse in syphilitischen Nieren gefunden werden, sowohl solche wie bei den Nephrosen und dann wieder die bekannten entzündlichen Prozesse. Man findet da also Hämorrhagien, albuminöse Veränderungen, fettige Degenerationen der Epithelien, Nekrosen und ferner die kleinzellige, perivaskuläre Infiltration, endlich Zugrundegehen der Glomeruli. Ich bin gern erbötig, Herrn Munk aus meinem Material eine Serie von Schnitten zu zeigen, die alle diese Veränderungen deutlich erkennen lassen.

F. Munk: Herrn Cassel möchte ich erwidern, daß gerade seine eben gegebene Beschreibung der Veränderungen bei der syphilitischen Kinderniere mich darin bestätigt, daß es sich hier nicht um Nephrosen, sondern um Nephritiden handelt. Daß daneben auch degenerative Prozesse vorhanden sind, ist selbstverständlich, insbesondere findet sich eine Epithelverfettung beinahe bei jeder Form der Nierenentzündung, wie ich dies auch in meinen Veröffentlichungen stets hervorgehoben habe.

Wolf-Eisner: Ich möchte auf folgende Widersprüche aufmerksam machen: Fräulein Reinike hat behauptet, daß man am Urinbefund die nephrotischen und nephritischen Prozesse voneinander unterscheiden könnte, Herr Munk hat aber anderseits gezeigt und hervorgehoben, daß Lipoide sich sowohl bei chronisch-entzündlichen wie bei nephrotischen Prozessen finden und auch in den Urin übergehen. Da möchte ich also fragen, ob Herr Munk in dieser Beziehung mit Fräulein Reinike übereinstimmt, daß man klinisch die nephrotische Natur eines Prozesses erkennen kann, im Gegensatz zu einem nephritischen.

F. Munk: Auf die Frage des Herrn Wolf-Eisner möchte ich wiederholen, daß Lipoide allerdings auch bei Nephritiden vorkommen können, nämlich im chronischen, degenerativen Stadium. Fräulein Reinike hat mit der „nephritischen Form“ wohl hauptsächlich die akut entzündlichen Nephritiden gemeint. Aus dem Urinbefund allein kann man nicht immer sagen, ob eine Nephrose oder z. B. eine sekundäre Schrumpfniere vorliegt. Dafür haben wir aber meist genügend andere klinische Anhaltspunkte (Anamnese, Verhalten des Herz-Gefäßapparates usw.). Diese Differenzierung wird man nicht allein aus dem Urinbefund treffen, wohl aber kann man bei einer Nephritis unterscheiden, ob es sich um eine akute oder um eine chronisch-degenerative Form derselben, die aus einer akuten hervorgegangen ist, handelt.

Orgler antwortet auf eine Frage von Baginsky, daß er in der Leber nie Lipoide gefunden habe; eine Ausschwemmung von Lipoiden erscheint ihm unwahrscheinlich, da nach seinen Untersuchungen an Thymusdrüsen es sich beim Auftreten von Lipoiden nicht um eine Vermehrung, sondern um ein Sichtbarwerden derselben handelt.

Stolte hält daran fest, daß bei der orthostatischen bzw. orthotischen Albuminurie sehr wohl Formelemente im Urin gefunden werden. Zumal wenn man Zirkulationsstörungen für das Auftreten der Albuminurie verantwortlich machen will, so glaubt er, daß kein prinzipieller Unterschied zwischen den Albuminurien, die z. B. bei Soldaten nach starken Körperanstrengungen auftreten, und denen



bei Kindern bestehe. Es ist eben nur je nach der Konstitution des Menschen eine mehr oder weniger starke Belastung des Kreislaufes notwendig. Wenn aber nur für den läsionellen Typus das Auftreten von Zylindern im Urin charakteristisch sein soll, so glaubt er darauf aufmerksam machen zu müssen, daß früher das Auftreten des „Essigsäurekörpers“ im Urin als charakteristisch für die orthotische Albuminurie hingestellt wurde, daß aber diese Reaktion (Niederschlagbildung durch Zusatz von Essigsäure zu dem nicht gekochten Urin infolge der Anwesenheit von Chondroitinschwefelsäure) heute als charakteristisch für den läsionellen Typus der Albuminurie bezeichnet wird. Wer also die läsionelle und funktionelle Form voneinander trennen will, der muß jene Erfahrungen, die seinerzeit bei den Kindern mit „Essigsäurekörperausscheidung“ erhoben wurden, heute revidieren. Weil er aber die Harmlosigkeit des Befundes von Zylindern im Urin von Kindern mit orthotischer Albuminurie kennt, so empfiehlt er nicht nach dem Zylinderbefund die Abtrennung der harmlosen Form der Albuminurien im Kindesalter vorzunehmen, sondern sich nur auf die Untersuchung mehrerer Urinportionen, die bei verschiedenartiger Körperhaltung gewonnen wurden, zu verlassen.

Langstein: Ich habe die letzten Ausführungen des Herrn Stolte nicht ganz verstanden. Aber wenn er erklärt hat, es bestehe ein Übergang zwischen der orthotischen Albuminurie und dem, was Herr Eckert hier herangezogen hat, zwischen der Albuminurie der Soldaten, die sich stark bewegen, so kann ich das nicht anerkennen. Das sind ganz verschiedene Dinge. Czerny hat auch nicht davon gesprochen, daß er bei den orthotischen Albuminurien zufällig einmal einen Zylinder gefunden hat, sondern die Zylindrurie ist nach ihm eine ebenso regelmäßige Erscheinung wie die Albuminurie. Dem steht folgende Tatsache gegenüber: In den Untersuchungen an der Heubnerschen Klinik, die so sorgfältig waren, daß ich mich kaum erinnere, noch einmal so sorgfältige Urinuntersuchungen gesehen zu haben wie die Untersuchungen von Goetzky, sind niemals Formelemente gefunden worden. Das berechtigt, zu unterscheiden zwischen einer reinen orthotischen Albuminurie und zwischen einer Nephrose oder Nephropathie, bei der neben Albumen Zylinder und Formelemente gefunden werden. Auch ist es nicht richtig, was Herr Stolte gesagt hat, daß man die Chondroiturie schon früher gekannt hat; man hat allerdings diskutiert, ob der bei der orthotischen Albuminurie zur Ausscheidung gelangende Essigsäurekörper chondroitinschwefelsaures Eiweiß sei; aber erst Herr Politzer hat gezeigt, daß in diesen Fällen, selbst wenn kein Albumen vorhanden, Chondroitinschwefelsäure in vermehrter Menge ausgeschieden wird. Wenn Herr Stolte die Besorgnis hatte, daß wir, wenn wir heute scharf unterscheiden zwischen orthotischer Albuminurie und der Nephrose, die Kinder vielleicht einer langwierigen Behandlung unterwerfen, so kann er unbesorgt sein. Wir behandeln heute die Kinder mit chronischer Nephrose kaum anders als die mit orthotischer Albuminurie; aber wir müssen den Eltern etwas anderes sagen, wir dürfen sie nicht so leicht hinwegtrösten über einen Fall von Nephrose, als wenn wir dauernd keine Formelemente finden. So wird diese Unterscheidung zu einer praktisch wichtigen Frage. Und da Heubner uns in dieser Frage so sehr gefördert, da er bewiesen hat, daß wir unterscheiden müssen zwischen orthotischen Nephrosen und Albuminurien, sollte man nicht ohne solche Unterlagen aus einem Schulprinzip heraus erklären, daß eine Trennung nicht möglich ist; diese ist vielmehr durch Praxis und Klinik erhärtet.

A. Baginsky: Ich kann mich dieser scharfen Unterscheidung, wie sie von Herrn Heubner getroffen worden ist, nicht anschließen. Sie wissen vielleicht, daß ich damals schon gegen diese scharfe Scheidung der orthotischen Albuminurie und der Nephritis Stellung genommen habe; heute ist nun nicht die Zeit dazu, über diese Frage zu diskutieren. Ich möchte nur sagen, daß man doch gut tut, sich vor der orthotischen Albuminurie in acht zu nehmen. Es kann Ihnen unter Umständen doch wohl mal klar werden, daß Sie es nicht mit einer einfachen funktionellen Störung zu tun haben. Das ist aus meiner klinischen Erfahrung heraus das, was ich dazu sagen kann. Ich halte eine Niere, die Eiweiß durchläßt, immer für ein zum mindesten debiles Organ und halte jede Albuminurie für einen immerhin beachtenswerten Zustand. Ich muß dies hier nochmals zum Ausdruck bringen.

Frl. Reinike (Schlußwort): Auf die Frage des Herrn Langstein habe ich zu erwidern, daß ich meine Untersuchungen der Fälle von orthotischer Albuminurie etwas einseitig mit Rücksicht auf mein Thema behandelt habe, dabei

natürlich ein Interesse daran hatte, Formelemente zu finden, da ich glaubte, gerade in Verbindung mit diesen etwa vorhandene Lipoide eher nachweisen zu können. Ich habe also sehr genau nach Formelementen gesucht und, wie gesagt, solche auch des öfteren in ziemlicher Zahl gefunden. — Was die von mir untersuchten Fälle von Lues angeht, so möchte ich bemerken, daß mein Material gerade in bezug auf Lues kein sehr großes war und ich hier meine Untersuchungen noch vervollständigen will. Ich bin an diese Fälle auch in der Erwartung herangegangen, Lipoide zu finden; ich kann nur wiederholen: bei den von mir untersuchten Fällen habe ich keine gefunden. Einen Fall, wie ihn Herr Baginsky beschreibt, hatte ich bisher zu untersuchen noch nicht Gelegenheit.

A. Baginsky: **Peritonitis bei einem Kinde.** Wenn Sie vielleicht in den letzten Jahren im Arch. f. Kindhlk. von den mir gemachten Publikationen Kenntnis genommen haben, so wird Ihnen bekannt sein, daß ich bei Kindern die schweren septischen Infektionen, die sich an besondere andere Krankheitsformen anschließen, verfolgt habe. Es handelte sich um eine ganze Reihe von derartigen Fällen, sei es, daß es eine Sepsis bei Pneumonien war, bei Masern, bei Pemphigus usw. In diesen Tagen ist im Kinderkrankenhaus nun ein Fall beobachtet worden, der sehr viel Seltsames bot, sowohl klinisch wie auch im Leichenbefund, da er tödlich ausging. Es handelt sich, kurz gesagt, um einen Fall von Peritonitis. Sie wissen, daß die Entstehung der Peritonitis bis heute noch viel Dunkles hat. Wir haben früher vielfach dazu unsere Zuflucht genommen, wenn wir keine Ursache nachweisen konnten, von einer rheumatischen Form der Peritonitis zu sprechen. Wir konnten genau so gut von einer traumatischen Peritonitis sprechen, in der Vorstellung, daß ein Stoß oder dergleichen den Anlaß zur Peritonitis gegeben habe. Bei einer Anzahl von solchen Peritonitisformen ist man dann auf Bakterienbefunde gestoßen; so hat man Pneumokokken, in anderen Fällen Gonokokken nachweisen können, und man sprach dann von Pneumokokken- oder Gonokokkenperitonitis, wiewohl man den Gonokokken nur ungern selbständige entzündungserregende Eigenschaften zuschreibt, vielmehr annimmt, daß noch sekundäre Infektionen dabei eine Rolle spielen. — Es liegen also die Verhältnisse so, daß man bei manchen Peritonitiden am Krankenbett nicht in der Lage ist, sagen zu können, woher die Infektion gekommen ist. Vielfach wird, aus der Erfahrung heraus, die Appendizitis als Ausgangspunkt der Peritonitis angenommen. — Nun kam am 30. Mai ein fünfjähriges Mädchen bei uns zur Aufnahme. Die Eltern gaben an, daß das Kind bisher ganz gesund gewesen sei, es habe erst gestern — also am Tage vorher — plötzlich über Leibschmerzen zu klagen angefangen, sei nach Hause gekommen mit dem Ruf: Mein Bauch, mein Bauch, habe dann etwas Durchfälle gehabt und angefangen, hoch zu fiebern. Bald stellte sich mit den Schmerzen ein gewisses Benommensein des Sensoriums ein. — Mit diesen Erscheinungen kam das Kind, schon recht schwer krank, ins Krankenhaus. Es war ein gut entwickeltes Kind. Das Kind ist augenscheinlich leicht benommen, wimmert aber bei der Berührung des Leibes, und zwar auf der ganzen Fläche, schreit bei etwas tieferer Palpation auf und liegt, wenn man es alsdann in Ruhe läßt, apathisch da. Das Abdomen ist nicht vorgewölbt, fühlt sich pappig an, und die Schmerzhaftigkeit ist gerade nicht übermäßig. Der aufnehmende Arzt bezeichnete mir den Fall als eine toxische Form von Enteritis. Man konnte die Diagnose ohne weiteres auf diffuse Peritonitis stellen. Für mich war nur die Frage die: handelt es sich um die eben nicht ganz ungewöhnliche Form von Peritonitis mit Pneumokokken oder eine andere der angedeuteten Formen, die etwa von der Vagina ausgegangen sei, also um eine Gonokokkenperitonitis, oder gar um die gewöhnlichste, die Appendizitisform. In der Gegend der Appendix war nichts Besonderes zu fühlen, auch war keine besondere Schmerzhaftigkeit vorhanden. Der Prozeß stellte sich als ein diffuser dar. — So wurde von Hause aus die Idee eines operativen Eingriffes ausgeschlossen. Bei der Untersuchung des Blutes, die vorgenommen wurde, ließen sich in demselben Streptokokken in reichlichem Maße nachweisen; also handelte es sich zunächst um eine Streptokokkensepsis. Das Kind verfiel mehr und mehr, kam nicht wieder zu sich und starb schon am folgenden Tage. Die Temperatur war vor dem Tode auf 41° C gestiegen. — Noch an der Leiche sprach ich die Möglichkeit aus, daß trotz des negativen klinischen Befundes die Appendizitis dennoch hier jene heimtückische Rolle gespielt haben möge, die immer wieder von neuem den Arzt überrascht — ich werde gleich darauf noch zurückkommen. Die Sektion hat uns nun nach keiner Richtung hin be-

friedigt. Das Ergebnis war folgendes: Es handelte sich um eine diffuse eitrige Peritonitis. Das mit Eiter durchsetzte verdickte Omentum lag wie eine dicke, eitrige Schürze über den Därmen, diese waren in Eitermasse eingehüllt. Als nun die Intestina aufs sorgfältigste untersucht wurden, zeigte sich die Appendix von durchaus normaler Beschaffenheit. Und ebenso konnten an Lungen, Herz, Leber, Nieren wesentliche Anomalien, als etwa die einer parenchymatösen Trübung, nicht nachgewiesen werden. — Was wir fanden, war, daß einige Lymphdrüsen etwas vergrößert waren und daß darin, und zwar zwei alte, härtliche, käsige, geringe Massen enthalten waren, aber ohne daß irgendwie ein entzündlicher Reiz in der Umgebung bemerkbar war. Es wurde alles aufs genaueste untersucht. Das Gehirn war intakt; die Sinus und die Hirnnerven, die Ohren frei von Entzündungsveränderungen. Selbstverständlich wurden auch die kleinen Genitalien untersucht, der Uterus, die Ovarien intakt befunden. Wir haben also absolut nicht den geringsten Grund für die schwere Erkrankung finden können. Wir stehen so vor dem Rätsel einer Streptokokkenperitonitis, ohne daß wir ahnen, woher diese Peritonitis entstanden ist; und wir müssen uns mit der Sache abfinden, daß es solche Fälle von akuter, diffuser Streptokokkenperitonitis gibt, deren Ursache wir nicht erklären können. — Ich glaube nicht, daß diese Krankheitsformen häufig sind. Wenn wir auch — um darauf zurückzukommen — als einzigen Befund, der auffällig war, die Verkäsung von Mesenterialdrüsen feststellten, so weiß ich doch nicht zu sagen, wie von da aus eine Streptokokkeninfektion stattgefunden haben soll. Finden wir doch relativ häufig Mesenterialdrüsenverkäsungen, ebenso wie Bronchialdrüsenverkäsungen, ohne daß hierbei Streptokokkeninvasionen vorkommen. Darum wollte ich Ihnen diesen Fall als ein seltenes Vorkommnis von großer praktischer Bedeutung mitteilen. Man steht hier diagnostisch natürlich hilflos da. Der nächste Gedanke bei einem ähnlichen Falle ist immer wieder der, daß Appendix oder Coecum der Ausgangspunkt sei. Beide aber waren hier vollständig intakt; es war nicht das Geringste daran zu finden, keine Rötung, keine Schleimansammlung, keine Schwellung, kein Fremdkörper usw. Ich will nur noch zwei Worte sagen über die andere Peritonitisform, die uns zuweilen überrascht, die Form, bei der im Peritonealeiter Pneumokokken zu finden sind und die als Pneumokokkenperitonitis bezeichnet werden muß; sei es nun, daß eine Pneumonie mit vorhanden ist oder daß Pneumokokken im Peritonealeiter enthalten sind, ohne daß eine Pneumonie vorhanden ist. Auch diese Fälle sind relativ selten, sie kommen aber gerade bei Kindern als Todesursache vor und sind von mir beobachtet. Wir müssen jedenfalls daran festhalten, daß eine Peritonitis sich entwickeln kann autochthon, ohne Appendixerkrankung, ohne schwere Enteritis, ohne Vulvovaginitis, ja ohne eine nachweisliche Ursache, als direkte primäre Affektion des Peritoneums.

Diskussion. Erich Müller: Im Anschluß an die Ausführungen des Herrn Vortragenden wollte ich nur mitteilen, daß wir in Rummelsburg auch derartige Peritonitiden — allerdings bei Säuglingen — gesehen haben. Auch wir haben damals keine Appendizitis gefunden. Die Fälle traten im Verlaufe von Grippeendemien neben anderen Folgeerkrankungen wie Pleuritiden, Pneumonien u. a. auf. Es handelte sich damals um eine besondere Streptokokkenform, die im Verlaufe eines Winters bei fast allen Grippeerkrankungen gefunden wurden.

Aus anderen Vereinen und Versammlungen.

1. Gümbel (Bernau) und Biesalski (Berlin): **Behandlung der spastischen Lähmungen mit der Foersterschen Operation.**

Gümbel hat in 8 Fällen von Littlescher Krankheit die Rhizotomie ausgeführt. Die ersten vier Fälle wurden zweizeitig, die vier folgenden einzeitig operiert, letzteres Verfahren ist vorzuziehen, da die Gefahren geringer, die Verlängerung der Operation unbedeutend ist. Ein zweizeitig operiertes Kind starb an Meningitis. Inklusive diesem Falle stellte Gümbel aus der Literatur auf 103 Foerstersche Operationen 13 Todesfälle fest. Sieben seiner Fälle sind operativ geheilt. Es waren alles Fälle, bei denen mehrjährige orthopädische Behandlung erfolglos geblieben war. Da nach den jetzigen Anschauungen Athetose, Idiotie, Epilepsie, schwererer Grad von Tetraplegie die Foerstersche Operation kontraindizieren, so bleiben von den acht Fällen vier richtig indizierte Fälle (reine

Diplegien der unteren Extremitäten) zur Beurteilung übrig. Die praktischen Resultate sind keineswegs günstig. Die primären Spasmen kehren später zurück, häufig stellt sich später Kyphose ein. In zwei Fällen traten spastische Hüftluxationen ein. Kein Fall ist definitiv gehfähig geworden. In mehreren Fällen wurde die Muskelschwäche stark manifest. Man erreicht mit den rein orthopädischen Maßnahmen mit folgender Übungstherapie ebenso Gutes wie mit Rhizotomie. — Biesalski (Berlin) hat neun schwere Fälle operiert. Wenn man operiert, soll man ausgiebig die Wurzeln durchschneiden. Ein zweizeitig operiertes Kind starb an Meningitis. Die einzeitige Operation ist besser. Von Operationskomplikationen sind zu nennen: Blutungen aus den Periduralvenen, Duraverletzung, Asphyxie. Nach der Operation sah er fünfmal schwere Herzschwäche, zweimal Cystitis, mehrmals Blasen-, Nieren-, Darmstörungen, einmal epileptische Anfälle, ferner Erytheme, Spontanfrakturen usw. Die Foerstersche Operation hat zwar nicht gehalten, was sie versprach, sie soll aber nicht einfach ad acta gelegt werden; sie ist weiter zu prüfen bei Fällen ohne Chorea und Ataxie und ist mit Operationen an Sehnen und Muskeln und mit Übungstherapie zu kombinieren.

Diskussion. Peltesohn: Die theoretisch schöne Foerstersche Operation verliert an Terrain. Diejenigen Little-Fälle, die durch diese Operation allenfalls günstig beeinflußt werden, sind dieselben, die wir bei richtiger orthopädischer Behandlung, wozu alle an der motorischen Sphäre angreifenden Maßnahmen zu rechnen sind, auch schon bis dahin mehr oder weniger gut herstellen konnten. Peltesohn wird daher den orthopädisch-chirurgischen Maßnahmen treu bleiben, mit denen er bei richtiger Nachbehandlung zufrieden war.

2. Wollenberg: **Eine bisher unbekannte Erkrankung der unteren Femurepiphyse.** Demonstration der Röntgenbilder von zwei Fällen alter Rachitis, bei welchen einseitig die distale Femurmetaphyse verkürzt und breit ausladend mit herdartigen Aufhellungen gefunden wurde. Spontanheilung trat allmählich ein. Es handelt sich wahrscheinlich um die Folge einer Epiphysenlösung in Kombination mit schwerer Rachitis. (Berliner orthopädische Gesellschaft, 5. I. 1914.)

P. Friedländer: **Ein Fall von Neuritis postdiphtherica.** Der Vortr. selbst erkrankte nach einer beruflichen Infektion mit schwerer Rachendiphtherie, die mit Kollapszuständen und hochgradig gestörtem Allgemeinbefinden einherging. Vier Wochen nach Abheilung der lokalen Erscheinungen stellten sich heftige Schmerzen in der Sakralgegend, dann pelziges Gefühl in den Fußsohlen ein. Dann wurden die Bewegungen der linken Hand schwerfällig, der Gang unsicher, und nach und nach bildete sich eine typische Polyneuritis aus. Besonders bemerkenswert ist, daß es zu einem starken Mastdarmvorfall kam. Die Heilung erforderte viele Monate. Bei diesen Zuständen seien kolossale Serummengen empfohlen worden; er habe für seine Person davon Abstand genommen.

Diskussion. Eckert: Solche Formen, wie sie der Vortr. bei sich selbst beobachtet habe, seien bei Erwachsenen sehr selten, bei Kindern häufiger. Er sei für die Anwendung großer Serummengen. Bei der Sektion finde man noch häufig Diphtheriebazillen, also sei die Darreichung des Antitoxins durchaus empfehlenswert. (Berliner med. Gesellschaft, 29. IV. 1914.)

v. Eicken: a) **Retroaurikulärer Abszeß mit Stauungspapille.** — b) **Sinusthrombose rechts mit Stauungspapille.** — c) **Otitis media acuta mit Sinusthrombose.**

a) Bei dem 15jährigen Knaben H. H. besteht seit vielen Jahren eine doppelseitige Otitis media mit übelriechendem Ausfluß. Vor drei Jahren wurde das linke Ohr wegen Cholesteatom anderweitig radikal operiert. Am 12. November 1913 kam Patient mit einer starken fluktuierenden Schwellung hinter dem rechten Ohr in die Klinik, die seit fünf Tagen besteht. Vor zwei Tagen schwoll auch die ganze rechte Gesichtsseite, speziell die Temporalgegend und das obere Lid stark an. Gehörgang rechts so verschwollen, daß die Inspektion des Trommelfells nicht gelingt. Ophthalmoskopisch (Priv.-Doz. Dr. Jess) ist beiderseits die temporale Papillenhälfte verwachsen, die Gefäße steigen in leichtem Bogen über den Rand ab. Die Venen sind leicht gestaut und teilweise eingescheidet. Retina um die Papille herum leicht getrübt. Zeichen von Meningitis sowie Herdsymptome fehlen. Temperatur 38,6° abends, Puls 116, weich, regelmäßig. Bei der sofort vorgenommenen Radikaloperation findet sich ein ausgedehnter subperiostaler Abszeß, der den Schädelknochen nach vorn, scheitelwärts und nach hinten 8—10 cm weit

entblößt hat. Entsprechend der hinteren Gehörgangswand der Durchbruch eines verjauchten Cholesteatoms. Breite Freilegung des Sinus, der mittleren und hinteren Schädelgrube, die keine Veränderung aufweisen. Die Heilung ging ohne Störung vonstatten. Am Augenhintergrund lassen sich beiderseits die Überbleibsel der vorausgegangenen Papillitis deutlich erkennen. Es ist die Annahme gerechtfertigt, daß der ungewöhnlich große retroaurikuläre Abszeß im Schädelinnern ein kollaterales Ödem hervorgerufen hat, ganz analog der Schwellung der Gesichtshaut, ohne daß gleichzeitig eine Eiterung im Schädelinnern bestand.

b) 15jähriger Knabe O. Sch. Aufnahme 4. November 1913. Seit fünf Wochen Otitis media rechts mit zeitweise sich steigernden Schmerzen und Ohrenfluß. Processus mastoideus und speziell die Gegend des Emissarium Santorini schmerzhaft. Haut über dem Processus mastoideus leicht ödematös. Temperatur abends bis 37,8°. 5. November typische Antrumoperation. Bei der Aufmeißelung quillt nach den ersten Meißelschlägen Eiter vor; der vorgelagerte Sinus liegt in einer Ausdehnung von 10 : 7 mm frei zutage, die Wandung mit schmierigem, eitrigem Belag bedeckt. Nach hinten und zum Bulbus hin wird die Sinuswand so weit freigelegt, bis sie völlig gesund erscheint. 9. November Temperaturanstieg auf 38,5°, 10. November auf 39°. 11. November Untersuchung des Augenhintergrundes durch Priv.-Doz. Dr. Jess ergibt eine ausgesprochene Stauungspapille rechts, eine solche geringeren Grades links. Temperatur abends 38,7°. 12. November zweite Operation. Sinuswand fühlt sich jetzt hart an, Freilegung des Sinus bis zum Bulbus. Inzision des Sinus ergibt einen obturierenden Thrombus, der so weit nach hinten verfolgt wird, bis man auf flüssiges Blut kommt. Die Entfernung dieser Stelle vom Bulbus beträgt 13 cm. Die Dura der mittleren und hinteren Schädelgrube wird freigelegt, erscheint aber unverändert. Da man bis zum Bulbus das Ende des Thrombus nicht erreicht hat, wird die V. jugularis aufgesucht und über der Einmündung der V. facialis doppelt unterbunden. Die Jugularis ist sehr klein und entleert bei der Inzision kein Blut. Temperatursteigerungen dauern noch vier Tage (Maximum 38,6°), dann reaktionsloser Verlauf. Auch bei diesem Patienten sind noch deutliche Residuen der vorausgegangenen Papillitis zu erkennen.

c) Das neunjährige Mädchen erkrankte im Anschluß an eine leichte doppelseitige Mittelohreiterung unter septischem Fieber bis 40,4°, ohne daß sie über stärkere Ohrenschmerzen klagte. In der vierten Woche traten Schmerzen hinter dem rechten Ohr auf. Antrumoperation, Sinus weit vorgelagert, mit festen Thromben erfüllt, die bis zum Bulbus einerseits und zum Torcular Herophili anderseits sich erstrecken. Jugularisunterbindung und Freilegung des Sinus bis über die Mittellinie hinaus. Reaktionslose Heilung. Während des ganzen Leidens keine Veränderungen am Augenhintergrund. (Med. Gesellschaft Gießen, 13. I. 1914.)

I. M. Judt (Warschau): **Pneumonie im Säuglingsalter.** Im Gegensatz zu anderen Autoren hat Judt in 80% der Fälle Herdpneumonien röntgenologisch darstellen können. Er gibt vergleichende Röntgen- und Autopsiebefunde von 185 Fällen. Das Röntgenbild zeigt eine außerordentliche Vielgestaltigkeit. Das fibrinarme, die Alveolen ausfüllende Exsudat absorbiert eine ausreichende Menge von Strahlen; die lokale Apneumatose wird durch vikariierendes Emphysem kompensiert — dadurch tritt eine Bereicherung des Schattenkontrastes ein. Bei Konfluenz der Herde wird das Bild deutlicher. Hypostatische paravertebrale Streifenpneumonien sind im Anfangsstadium nur wenig sichtbar; sie kommen zum Vorschein, wenn sich infektiöse Vorgänge in den Hypostasen entwickeln. Man kann drei morphologisch-radiologische Hauptgruppen unterscheiden: Knötchenform von miliarähnlichem Typus, lobäre Form der katarrhalischen Bronchopneumonie und die konfluierende diffuse Form.

(X. Kongreß d. Deutschen Röntgen-Gesellschaft, Berlin, 19.—21. II. 1914.)

III. Neue Bücher.

M. Fürst. **Jahrbuch der Schulsgesundheitspflege.** Jena. G. Fischer. (Preis: M. 3.)

Schon der erste Jahrgang des Jahrbuchs hatte einen recht guten Eindruck hervorgerufen und sich als ungemein nützlich für die Praxis erwiesen. Der zweite, jetzt vorliegende Jahrgang, verdient, mit seiner großen Reichhaltigkeit, uneingeschränktes Lob. Wir finden in dem 164 Seiten starken Büchlein Aufsätze

von Hanauer **und** Fürst, eine **Anzahl** „**Übersichten**", „Amtliches", „**Jahresberichte**", „Schulhygienische Versammlungen und Vereine" und vieles andere Wichtige und Interessante. Ein recht zweckmäßig angelegter und vielen Raum bietender „Schulhygienischer Notizkalender" ist als Beiheft mitgegeben.

Grätzer.

Bernhardine Woerner: **Hilfsbüchlein der Säuglingspflege.** München. J. F. Lehmann. (Preis: 50 Pf.)

Obwohl es Büchlein mit ähnlichem Titel in nicht geringer Zahl gibt, hat doch Prof. Hecker in seiner Vorrede zu dem vorliegenden Heftchen recht, wenn er sagt, daß dessen Publikation nicht überflüssig ist, da es in vollstem Maße der Praxis angepaßt ist und Details bringt, Kleinigkeiten, die jedoch gekannt werden müssen, aber meist nicht gekannt werden. Auf 50 Seiten finden wir 35 Abbildungen, die sehr interessant sind. Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

Bierende, F., Einiges über zerebrale Krankheitszustände im Kindesalter (Halle). — **Bohl, C.,** Beitrag zur Klinik der postdiphtherischen Lähmungen (Freiburg). — **Dessecker, K.,** Zur Genese hysterischer Anfälle bei einem 9jährigen Knaben (Berlin). — **Eich, H.,** Vorkommen von Vater-Pacinischen Körperchen in der Wand der Pfortader eines menschlichen Neugeborenen (Bonn). — **Frank, F.,** Beiträge zur Lehre von der akuten Nephritis im Säuglingsalter, besonders bei Ernährungsstörungen (Kiel). — **Gebhardt, H.,** Der elektrische Nachweis der Spasmophilie bei den Fällen von sog. Initialkrämpfen älterer Kinder (Göttingen). — **Glaser, F.,** Schädelimpressionen bei Neugeborenen und ihr Einfluß auf die spätere Entwicklung (Würzburg). — **Haugk, H.,** Osteotomie und andere operative Eingriffe bei Entbindungslähmung (Leipzig). — **Jalkowski, E.,** Das Blutbild bei Vakzination (Freiburg). — **Knippen, M.,** Anaemia splenica infantum und ihre Stellung unter den Blutkrankheiten (Bonn). — **Koch, E.,** Entstehung des dritten Stadiums der Rhinitis luetica neonatorum (Göttingen). — **Kohler, M.,** Solbadkuren im Kindesalter (Freiburg). — **Kosmowski, A.,** Die medizinische Kinderabteilung des Großherzoglichen Universitätskrankenhauses in Rostock während der ersten 8 Jahre ihres Bestehens (Rostock). — **Lenneberg, R.,** Über den Ausfall der kutanen und intrakutanen Tuberkulinreaktion beim Scharlach (Leipzig). — **Melzer, K.,** Beitrag zur Lehre von den Psychosen nach Infektionskrankheiten: Psychose bei Diphtherie (Kiel). — **Müller, A.,** Blutbildung in der Leber bei Syphilis congenita mit besonderer Berücksichtigung der Lymphozyten und Plasmazellen (Leipzig). — **Nast, B.,** Eiweißgehalt des Blutes im Kindesalter mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose (Straßburg). — **Petry, H.,** Zur Kenntnis der Bedeutung des Nasenblutens im späteren Kindesalter (Göttingen). — **Rehder, H.,** Über die Döhleschen Leukozyteneinschlüsse (Kiel). — **Schuch, H.,** Die unblutige Reposition der angeborenen Hüftluxation und ihre Erfolge (Erlangen). — **Simmeroth, H.,** Beitrag zur Kasuistik der angeborenen Halskiemenfisteln (München). — **Spiegelberg, R.,** Diphtheriebazillen beim Geflügel (Rostock). — **Winning, G. W.,** Über Scharlachrheumatismus (Leipzig). — **Wohlleben, K.,** Zur Kasuistik multipler Leberabszesse im Kindesalter (München).

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

20. Jahrgang. Juni 1915. Nr. 6.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Georg Wolff, Über einen Fall von schwerer Säuglingsanämie (Anaemia pseudoleucaemica infantum) durch Typhus abdominalis.) (Zschr. f. Kindhlk. 8. S. 406—411.) Bei einem 11 Monate an der Brust und nur 6 Wochen mit Kuhmilch genährten Kinde konnte im Verlauf einer fieberhaften Affektion mit hochgradiger Milzvergrößerung der typische Blutbefund einer Anaemia pseudoleucaemica infantum (Verminderung der Zahl und des Hämoglobingehaltes der roten Blutkörperchen, Poikilozytose, Polychromatophilie, Größenunterschiede derselben; viele kernhaltige Erythrozyten; geringe Leukozytose mit Myelozytenbefund) festgestellt werden. Die bakteriologische Untersuchung ergab als Ursache der mit unregelmäßigem Fieber einhergehenden Erkrankung Typhus. Bewegliche Stäbchen konnten auch im Blut durch Kultur nachgewiesen werden. Darmerscheinungen traten kaum hervor. Sektion bestätigte die Diagnose.

Die Anaemia pseudoleucaemica infantum entstand demnach in diesem Falle sekundär im Anschluß an eine bestimmte infektiös-toxische Schädigung, die gewöhnlich beim Erwachsenen nur eine einfache Anämie hervorzurufen pflegt, gelegentlich aber, wenn es sich um eine Sepsis durch Typhusbakteriämie handelt, auch zum klassischen Bilde der perniziösen Anämie führen kann (Lenhartz).

Schick.

Paula Freund, Über die Beziehungen alternierender Bewegungen zur Länge der Reflexbahnen. (Ebenda. 8. S. 412—424.) Nach Kassowitz hat die erhöhte Wärmebildung des kindlichen Organismus nicht einen Zweck, sondern sie ist die naturnotwendige Begleiterscheinung relativ größerer thermogenetischer Leistungen sowohl der willkürlichen als der unwillkürlichen Muskulatur. Denn durch die kürzeren Reflexbahnen des kleineren Körpers erfolgen die alternierenden Bewegungen (mit Einschluß der ununterbrochen tätigen und Wärme erzeugenden Herz- und Respirationsbewegungen) in der Zeiteinheit öfter und erzeugen dementsprechend mehr Wärme. Verf. untersuchte, ob sich nicht bestimmtere Beziehungen zwischen Körperlänge (d. h. Reflexbahnen) mit der Frequenz alternierender Bewegungen finden ließen. Objektiv zu messen und durch Zahlen darstellbar konnten nur Puls- und Atembewegungen sein, die Verf. an 246 gesunden Kindern prüfte.

Es ergibt sich neben individuellen Schwankungen ein gewisser gesetzmäßiger Zusammenhang zwischen Körpergröße, Puls und Respiration. Die Durchschnittszahlen lauten:

Länge cm	Puls	Respiration
45— 55	143	62
55— 65	139	56
65— 75	130	50
75— 85	126	39
85— 95	114	35
95—105	95	27
105—115	91	25
115—125	75	25

Dieses Ergebnis spricht für die Richtigkeit der Auffassung Kassowitz'. Schick.

Irmgard Engel und **S. Samelson**, Der Energiequotient des natürlich und des künstlich genährten Säuglings. (Ebenda. 8. S. 425—442.) Es wurden die Energiequotienten je eines natürlich und eines künstlich genährten Säuglings während der ersten beiden Lebensmonate (vom 11. Lebenstag ab) vermittels der Analysen der zugeführten Nahrung bestimmt. Dabei zeigte es sich, daß der Energiequotient für das Brustkind zwischen 100 und 120 schwankte, mithin die früher von Heubner postulierte Zahl überstieg, während der Energiequotient des künstlich genährten Kindes etwas niedriger lag.

Diese Beobachtungen sind deswegen wertvoll, weil es sich um kräftige, gleich schwere Zwillingskinder handelt, deren Gewichtskurven auch im weiteren Verlaufe fast identisch verlaufen. Schick.

Irmgard Engel, Über einen seltenen Fall von Hysterie im Kindesalter. (Ebenda. 8. S. 443—451.) Es handelt sich um einen Fall von schwerer Hysterie bei einem 7jährigen Knaben, der eingeleitet wird durch einen eigentümlichen, 14 Tage anhaltenden Zustand von allgemeiner Muskelsteifigkeit mit völliger Bewegungslosigkeit, Mutismus, Flexibilitas cerea bei erhaltenem Bewußtsein. Aus ihm entwickeln sich hysterische Anfälle mit Arc de cercle und Klownismus. Daran schließt sich ein unaufhörlicher, heftiger Bewegungsdrang an, der in das Gebiet der sogenannten Chorea magna hineingehört, bis auch dieses Symptom abklingt, während der Mutismus und einige andere Erscheinungen zurückbleiben, um allmählich unter Zurücklassung einer eigenartigen Sprachstörung zu schwinden, bis auch diese langsam in Heilung übergeht. Das auffallendste Symptom an diesem ganzen komplizierten Krankheitsbild ist der eigentümliche, 14 Tage dauernde kataleptische Zustand. Der Fall heilte in etwa 6 Wochen. Die Sprachstörung ging auf dem Umwege einer eigentümlich springenden Sprachweise zurück. Schick.

G. Caronia, Über die Heilbarkeit der Leishmania-Anämie in Palermo. (Ebenda. 8. S. 452—460.) Verf. berichtet über 8 geheilte Fälle. Der Prozentsatz derselben beträgt 14% (im ganzen

sind in der Klinik 78 Fälle beobachtet worden, 50 sind gestorben, 12 sind am Leben, aber krank). Verf. erörtert den Mechanismus der Heilung. Schick.

Fritz Mautner, Über Hautreaktionen bei gesunden und ekzematösen Kindern. (Ebenda. 8. S. 461—478.) Untersuchungen, ob die Haut eines ekzematösen Kindes eine andere spezifisch erhöhte Neigung zur Hyperämie oder Exsudation zeigt als die Haut eines gesunden Kindes. Untersucht wurde mit mechanischen, thermischen, chemischen und bakteriellen Reizen. Es zeigt sich wohl eine größere Empfindlichkeit der Haut bei Ekzematösen als bei Hautgesunden gegen mechanische Reizwirkung. Dieser Unterschied ist aber keineswegs spezifisch; nur prozentual findet eine Verschiebung zugunsten der Ekzematösen statt. Gegen feuchte Umschläge ist der Unterschied ganz unwesentlich. Bei Anwendung von Fettsäuren zeigt sich ein deutlich hoher Prozentsatz in der Reaktionsfähigkeit der Haut Ekzematöser. Doch auch hier ist der Unterschied kein spezifischer, sondern nur ein prozentualer. Gegen Bakterientoxine konnte kein Unterschied aufgestellt werden.

Es konnte somit keine spezifische Beziehung zwischen Ekzem, Vasolabilität; Reaktion auf Mazeration und Empfindlichkeit gegen Bakterienproteine beim unkomplizierten Ekzem gefunden werden, und es ist somit nicht möglich, die Entstehung des Ekzems mit diesem Faktor in ätiologische Beziehung zu setzen und die nach den eingeleiteten Ausführungen zu postulierende besondere Beschaffenheit des Körpers und der Haut mit diesen Faktoren in Zusammenhang zu bringen. Man kann nur sagen, daß Ekzem und Vasolabilität auffallend häufig bei demselben Individuum zusammentreffen, nicht aber, daß diese Kombination obligatorisch ist. Schick.

E. Lazar, Über die endogenen und exogenen Wurzeln der Dissozialität Jugendlicher. (Ebenda. 8. S. 479—527.) Mit zahlreichen interessanten Krankengeschichten versehene Abhandlung, die sich auf folgende Gruppen von sozial unangenehm werdende Kinder erstreckt:

I. Renitenz und Gewalttätigkeit; II. Sexuelle Ungezogenheiten, Verführungen, Perversionen (Sexualgruppe); III. Jugendliche Ausreißer; IV. Brandstifter; V. Gesteigerter Übermut (in Anhang depressive Stimmungen); VI. Schwere moralische Entartung.

Durch genaue psychiatrische Untersuchung solcher Fälle kommt man zu dem Resultat, daß ein sehr großer Prozentsatz dieser dissozialen Kinder abnorm veranlagt ist, daß aber auch sehr viele abnorm zu sein scheinen, die es in Wirklichkeit nicht sind. Die Differentialdiagnose hat also stets zu berücksichtigen, daß ein dissoziales Verhalten ebenso gut das Symptom einer krankhaften Veranlagung als der Effekt einer schlechten Erziehung sein kann. Die Unterscheidung und genaue Beschreibung der verschiedenen Formen dissozialer Veranlagung zeigt, daß sich hier viele Zustände vorfinden, die durchaus nicht von vornherein die Neigung zur dissozialen Entartung haben, daß diese vielmehr nur auf eine kleine Anzahl beschränkt bleibt. Wenn aber die anderen trotzdem so häufig durch ihre dissoziale Kom-

ponente auffallen, so ist nicht zu vergessen, daß diese wieder in vielen Fällen bloß die Milieuwirkung bei besonders geeignetem Boden ist. Differentialdiagnostisch wird hier noch häufig die psychische oder nervöse Erkrankung in Betracht kommen, als deren Symptom eben wieder die Dissozialität auftritt. Dort aber, wo der Milieuwirkung ein Teil des Effektes zugesprochen wird, muß auch der Milieuwechsel und eine rationelle Behandlung unbedingt die Besserung herbeiführen.
Schick.

Herbert Koch, Über das Vorexanthem bei Masern. (Ebenda. 9. S. 1—5.) Verf. bestätigt das Vorkommen des schon von Jürgensen und v. Pirquet beschriebenen Vorexanthems an 5 von 21 von dem frühesten Beginn an verfolgten Masernfällen. Es besteht aus braunroten, makulösen, nicht scharf begrenzten und flüchtigen Effloreszenzen, welche hauptsächlich im Gesicht sichtbar sind. Sie treten gleichzeitig oder auch nach den Koplikschen Flecken auf.
Schick.

S. Amberg und **Henry F. Helmholz,** Über das Vorkommen der Hippursäure im Säuglingsharn. (Ebenda. 9. S. 6—10.) Nach den Untersuchungen von Simon findet sich im Urin von Neugeborenen eine gewisse Menge Hippursäure, die in den ersten Tagen nach der Geburt größer ist, um sich dann auf ein niedriges Niveau einzustellen. Die Verff. haben 910 ccm eines Sammelurins normaler Brustkinder jenseits des ersten Lebensmonates untersucht. Diese 910 ccm Urin enthielten 0,0758 g Hippursäure. Diese geringe Menge von Hippursäure würde dafür sprechen, daß ihre Ausscheidungsmenge eine ziemlich konstante ist. Bei Untersuchungen einzelner Kinder zeigten sich tägliche Schwankungen nicht ganz unbedeutender Intensität. Bei Untersuchung des Harnes künstlich genährter Kinder fanden sich zwischen den einzelnen Fällen bedeutende Schwankungen, für deren Vorkommen das klinische Verhalten des Kindes keine Erklärung gab. Der Hippursäurestickstoff bildet unter Gesunden und Kranken nur Fraktionen eines Prozentes des Gesamtstickstoffes.
Schick.

H. Davidsohn, Über die Reaktion der Frauenmilch. (Ebenda. 9. S. 9—18.) Bestimmung unter Anwendung moderner Methoden (Bestimmung der Wasserstoffionen), da die Methode der Anwendung von Lackmustinktur und Lackmuspapier für die Reaktionsbestimmung von Frauenmilch und Kuhmilch ungeeignet ist. Auch Neutralrot zeigt die Reaktion der Frauenmilch falsch an. Die Untersuchungen wurden an 20 Milchproben, die von 13 Ammen stammten, vorgenommen. Die wahre Reaktion der Frauenmilch schwankt um den Neutralitätspunkt. Schick.

F. S. Freund (Berlin-Schöneberg), Erfahrungen mit Yatren. puriss. zur Unterstützung der Diphtheriebehandlung. (D.m.W. 1914 Nr. 48.) Verf. hatte Gelegenheit, das Yatren in etwa 80 Fällen anzuwenden. Anfangs verwendete er das Mittel einzig in den Fällen, wo die Eltern weder zum Krankenhaus, noch zur sofortigen Serumeinspritzung zu bewegen waren, und zwar in Form von Einstäuben des Mandel-Rachen- bzw. Nasenbelages, durchschnittlich zwei- bis

dreimal pro die. Da das Yatren anfänglich schwach adstringierend, dann aber intensiv süß schmeckt, wurde es von den Kindern oft hinuntergeschluckt. Verf. ging deshalb auch zur internen Darreichung über. Die Kinder erhielten je nach dem Alter zwei- bis dreimal pro die 0,2—0,4 Yatren. puriss. Die Einpuderung machte nicht annähernd die Schwierigkeiten, des süßen Geschmackes wegen, wie bei den anderen Präparaten. Die Kleinen hielten still, so daß Verf. Zeit und Gelegenheit hatte, mittels eines Pulverbläsers, der das Präparat äußerst fein verteilt, oder auch mittels eines Wattestäbchens auf die Mandeln und den ganzen Nasenrachenraum einzupudern. Die intensive Tiefenwirkung des Yatrens glaubt Verf. auch darin erkennen zu können, daß sich der Belag schneller als gewöhnlich abstieß. Bereits in den allerersten Fällen, in denen Verf. nur puderte, machte er die Beobachtung, daß das Yatren den Darmkanal in ausgiebiger Weise reinigte; einige dünnflüssige Stühle, ohne jede Kolikbeschwerden, sogenannte „feuchte Blähungen", wurden vielfach beobachtet. Diese Erscheinungen hielten durchschnittlich 2—3 Tage an und hörten dann, auch bei weiterer Yatrenmedikation, auf. Nur seltene Male mußte Verf. zeitweise die interne Darreichung unterbrechen. Schädliche Einwirkungen, speziell auf die Nieren, hat er in keinem Falle beobachten können. Im Gegenteil. Die sonst doch vielfach auftretenden Nephritiden und Albumenausscheidungen hat er bei gleichzeitiger Yatrendarreichung niemals beobachten können, trotz fleißigster Harnuntersuchungen. Da das Präparat unzersetzt im Harn erscheint, glaubt Verf. annehmen zu können, daß jede Nierenreizung direkt hintangehalten wurde infolge der internen Yatrendarreichung.

Verf.s Ansicht nach müßte in allen Fällen von Diphtherieerkrankung neben sofortiger Serumspritze gleichzeitig die Yatrenbehandlung Anwendung finden, um eine weitere Zufuhr von neuen Toxinen möglichst zu hindern, und zwar lokal und intern zugleich:

1. in allen Fällen von Diphtherieerkrankungen neben sofortiger Seruminjektion,
2. ganz besonders dann, wenn aus irgendwelchen Gründen das Serum verweigert wird,
3. prophylaktisch bei der Umgebung Diphtheriekranker,
4. bei Streptokokken-Anginen usw. Hier dürfte das Yatren ebenfalls eine Beschleunigung des Heilungsprozesses zur Folge haben.
5. Die Yatrenbehandlung in den ersten beiden Punkten dürfte zur Vermeidung von Nierenreizungen besonders angezeigt erscheinen.

Die interne Darreichung ist von Fall zu Fall zu dosieren, von 0,2—0,5 zwei- bis dreimal pro die. In Fällen allzu starker, reichlicher Darmentleerung ist gegebenen Falles zeitweise die interne Medikation zu unterbrechen. Grätzer.

W. Kausch, Über die Behandlung der Diphtherie mit intravenöser Seruminjektion und Yatren. (Aus dem Auguste Viktoria-Krankenhause in Berlin-Schöneberg.) (Ebenda.) Verf. kann im wesentlichen nur die Beobachtungen Freunds bestätigen. Auch er hat Yatren allein, ohne Serum versucht; es hat sich ihm gleichfalls nicht bewährt. Er hat periodenweise das Yatren fortgelassen,

Serum allein gegeben, dann wiederum Serum kombiniert mit Yatren. Er hat stets den Eindruck gewonnen, daß unter Anwendung des Yatrens, in Kombination mit dem Serum, die Diphtherie milder und schneller verläuft als bei alleiniger Anwendung des Serums: die Membranen stoßen sich eher ab, bei septischer Diphtherie tritt frühere Reinigung ein, der üble Geruch bessert sich schneller.

Besonders wertvoll scheint das Yatren bei Bazillenträgern zu sein, die ja oft geradezu eine Plage für die Krankenhäuser bilden. Man soll die Patienten nicht eher entlassen, als bis mindestens zwei aufeinander folgende, frühestens innerhalb 3 Tagen angelegte Abstriche negativ sind. Der Diphtheriepavillon ist voll, man braucht Platz Die Patienten werden nicht bazillenfrei, drängen heraus. Ein Recht, sie gegen ihren Willen im Krankenhause zu behalten, besitzt man nicht; die Patienten, die sich nicht mehr krank fühlen, sehen nicht ein, warum sie, um andere vor Ansteckung zu bewahren, ihr Geld ausgeben sollen, und sie haben auch von ihrem Standpunkt aus nicht unrecht.

Verf. hat den bestimmten Eindruck, als ob unter Yatren schneller als sonst die Bazillenfreiheit eintritt, namentlich bei den hartnäckigen Bazillenträgern. Natürlich wurde vor dem Abimpfen das Yatren weggelassen.

Nie hat Verf. irgendeine Schädigung vom Yatren gesehen, speziell auch nicht der Niere. Im Gegenteil! Das Yatren, das schnell durch die Nieren ausgeschieden wird, scheint ihnen gut zu tun. Die Stuhlentleerungen wurden oft reichlich. Verf. gab dann kleinere Dosen. Man braucht das Mittel nicht auszusetzen; die Entleerungen werden dann wieder geringer.

Verf. gibt, wie Freund es auch empfiehlt, dreimal täglich das Präparat innerlich als Pulver, 0,2 bei Kindern bis zu 3 Jahren, 0,3 bis 6 Jahre, 0,5 bei älteren Patienten. Die Kinder nehmen das gut schmeckende Präparat gern. Die Einnahme per os ist zweckmäßiger als das Einpusten in den Rachen, namentlich bei kleinen Kindern. Bei Nasendiphtherie wird das Pulver in die Nase gestäubt.

Verf. sieht im Yatren eine wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes bei der Bekämpfung der Diphtherie und gibt es grundsätzlich in allen Fällen, auch bei septischer Diphtherie und Angina.

Yatren ist ein starkes Desinfiziens. Es tötet offenbar die Diphtheriekeime oder erschwert doch ihr Fortkommen im Organismus. Die günstige Wirkung in Verbindung mit dem Diphtherieserum ist so auch erklärlich: Yatren schädigt die Diphtheriebazillen, das Serum paralysiert die Schäden des Diphtherietoxins.

Über die prophylaktische Verabreichung von Yatren hat Verf. erst geringe Erfahrungen; diese sind aber jedenfalls günstig. Die Yatrenbehandlung dürfte die prophylaktische Seruminjektion nicht nur ersetzen, sondern ihr sogar überlegen sein, indem sie, wie es scheint, das Aufkommen der in den Rachen und seine Umgebung gelangenden Diphtheriekeime überhaupt verhindert.

Zusammenfassung. 1. Was Wichtigste ist bei der Behandlung der Diphtherie die möglichst frühzeitige Injektion von Serum.

2. Auch jeder zweifelhafte Fall ist zu injizieren; es ist nicht erst abzuwarten, ob der Abstrich positiv ist, oder bis die klinische Diagnose gesichert ist.

3. Am intensivsten wirkt die intravenöse Injektion des Serums. Stets ist diese anzuwenden bei schweren Fällen, ferner bei allen, die erst spät zur Injektion kommen.

4. Yatren ist ein wertvolles Unterstützungsmittel bei der Behandlung der Diphtherie.

5. Yatren ist das beste derzeitige Mittel, um Diphtheriebazillenträger bazillenfrei zu machen.

6. Yatren ist ein Prophylaktikum gegen Diphtherie. Grätzer.

O. Hartoch und **W. Schürmann,** Die Schutzwirkung des Diphtherieserums bei der Reïnjektion. (Aus dem Universitätsinstitut zur Erforschung der Infektionskrankheiten in Bern.) (Ebenda. Nr. 49.) Schlußfolgerungen der Verff.: 1. Die subkutane Einführung von Diphtherieantitoxin (Pferdeserum) verleiht Meerschweinchen, die gegen Pferdeserum überempfindlich sind, bei nachfolgender intrakutaner Prüfung mit Toxin eine 8—32mal geringere Schutzwirkung als unvorbehandelten Kontrollen.

2. Erzeugt man bei gegen Pferdeserum überempfindlichen Tieren durch eine subkutane Injektion von kleinen Dosen Normalpferdeserums (bzw. antitoxinhaltigen Serums) den Zustand der Antianaphylaxie, so bleibt das hernach eingeführte Antitoxin fast in gleicher Weise wirksam wie bei unvorbehandelten Kontrollen.

3. Eine subkutane Injektion kleiner Dosen von Serum nach dem Vorschlage von Besredka gestattet demgemäß, nicht nur die Gefahr der Anaphylaxie bei den zu Reïnjizierenden zu vermeiden, sondern sie schützt auch das eingeführte Antitoxin vor einer raschen Inaktivierung (Unwirksamwerden).

4. Im Lichte der zurzeit von den meisten Autoren akzeptierten Lehre von der Anaphylaxie (parenterale Verdauung) sprechen unsere Versuche für einen beschleunigten Abbau des Antigens im überempfindlichen Tiere.

5. Durch die mitgeteilten Versuche kann eine mangelhafte Wirksamkeit des Diphtherieserums bei reïnjizierten Menschen verständlich gemacht werden. Grätzer.

P. Bergell, Vorstufen des Diabetes. (Ebenda. Nr. 51). Zusammenfassung. 1. Das Lösungsvermögen des menschlichen Harns für Kupferoxydhydrat ist nicht durch einen geringen Gehalt an Traubenzucker bedingt. Ebenso ist die Reduktionskraft normaler Urine nicht durch Glukose oder allein durch Harnsäure bedingt.

2. Verdünnt man den Harn auf ein spezifisches Gewicht von 1,012, so ist bei Personen mit normalem Kohlehydratstoffwechsel das Kupferlösungsvermögen sehr gering, vorausgesetzt, daß mäßige Kohlehydrataufnahme bestand und das spezifische Gewicht im allgemeinen nicht über 1,020 hinausging. Bei Kindern ist das Kupferlösungsvermögen zuweilen beträchtlich erhöht.

3. Bei Verwandten von Diabetikern findet sich das Kupferlösungsvermögen in zwei Drittel der Fälle gesteigert.

4. Ein Teil dieser Fälle, vorzugsweise die stärksten Reaktionen, sind als Vorstufen des Diabetes zu betrachten.

5. Der das Kupferlösungsvermögen bedingende Stoff scheint den Aldosen oder Ketosen von tieferem Molekulargewicht als Traubenzucker anzugehören.

6. Die Reaktion des erhöhten Kupferlösungsvermögens verschwindet auf Kohlehydratentziehung. Bei vermehrter Kohlehydrataufnahme und Glykosezufuhr wird die Reaktion stärker, und es treten bei den Vorstufen Spuren von Glukose mit auf.

7. Hereditär Belastete, mit starker Kupferlösungsreaktion müssen bezüglich ihres Kohlehydratstoffwechsels behandelt werden wie leichte Diabetiker, und es ist anzustreben, daß die Reaktion bei ihnen stets negativ bzw. nur schwach positiv bleibt. Grätzer.

Franz Fidler, Ein Beitrag zur Entstehung der Hernia diaphragmatica und Dilatation des Zwerchfells. (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Göttingen.) (B. kl. W. 1914 Nr. 45.) Es handelt sich um eine kongenitale Mißbildung (Aplasie) der linken Lunge und eine Entwicklungsstörung des Zwerchfells, die nur den dorsalen Teil und das Zentrum, das in seiner Entwicklung wohl zum großen Teil von ihm abhängig ist, betroffen hat. Daher erscheint an den vorderen zwei Dritteln der Übergang in den Bruchsack scharfrandig als echte Bruchpforte, hinten als Dilatation eines schwach entwickelten Zwerchfelles. Dementsprechend ist auch der Bau des Sackes vorn ganz der eines echten Bruchsackes, hinten der eines dilatierten Zwerchfelles. Grätzer.

O. Katz (Charlottenburg), Nervöse Störungen bei Kindern. (Ebenda. Nr. 47.) Fünf Mädchen von besseren, „nervösen" Eltern, 6—10 Jahre alt, zeigen Angstzustände. Schlechtes Aussehen, Schlaffheit, Appetitlosigkeit sind vorhanden, Anfälle von Unruhe treten auf, die Kinder spielen nicht mehr, eines bekommt abends vor dem Zubettegehen heftige Schreikrämpfe infolge von Angstgefühl. In allen Fällen beruht der Zustand darauf, daß die Kinder Greueltaten vom Kriegsschauplatz erzählt bekommen! Grätzer.

Heinrich Petry, Zur Kenntnis und Bedeutung des Nasenblutens im späteren Kindesalter. (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Göttingen.) (Ebenda. Nr. 49.) Bei jedem Nasenbluten, auch des nichtfiebernden Kindes, ist die Lokalinspektion der Nase geboten. Wenn man auch meist nur das bekannte Septumgeschwür zu sehen bekommen wird, so wird doch auch gelegentlich einmal eine chronische Nasendiphtherie entdeckt werden. Noch mehr gilt dies beim Säugling. Bei Sepsis und sepsisähnlichen Erkrankungen sowie bei allen Infektionskrankheiten ist die Diagnose „septische Nasenblutung" ohne genaue Inspektion der Nase nicht gestattet. Blutung aus einem einfachen Septumgeschwür kann den Krankheitsverlauf zum Schlimmeren wenden und völlig das Bild septischer schwerster Infektion hervorrufen. Grätzer.

Max Mann (Dresden), Über ein neues Symptom bei Kleinhirnabszeß. (M. m. W. 1914 Nr. 16.)

Der 12jährige K. B. wurde nach vorausgegangener Scharlachotitis am 31. August in stark somnolentem Zustand aufgenommen. Die Diagnose wurde auf rechtsseitigen Kleinhirnabszeß gestellt. Da sich aber bei der Operation im ganzen Trautmannschen Dreieck ein extraduraler Abszeß über dem Kleinhirn fand, aus dem sich beim Öffnen des Knochens ein Theelöffel voll Eiter entleerte, da weiterhin keine Fistel ins Innere führte, wurde von weiterem Vorgehen abgesehen. Es trat zunächst Besserung ein. Die Somnolenz war weniger tief. Hatte man den Kranken erweckt, so konnte man sich mit ihm etwas unterhalten. Er gab an, weniger Kopfschmerz zu haben.

Überließ man ihn sich selbst, so verfiel er in tiefen Schlaf. Es bedurfte dann jedesmal längerer Zeit, um ihn zu erwecken. Lautes Anrufen, leichtes Schütteln und Zwicken in die Arme führten nur langsam zum Ziele. Um das Erwachen zu beschleunigen, hielt Verf. ihm auch wiederholt die Nase zu. Aber er erwachte auch dabei noch nicht, sondern kam mit der Hand in die Höhe, entfernte mit seiner Hand diejenige des Verf.'s von der Nase — und schlief weiter. Nur nach längerer Wiederholung des Experimentes kam er endlich zu sich.

Es fiel auf, daß er sich bei dieser Abwehrbewegung nur des linken Armes, des Armes der gesunden Seite, bediente. Da der rechte Arm keineswegs gelähmt, sondern nur leicht ataktisch war, wie man sich wiederholt überzeugt hatte, so tauchte in Verf. der Gedanke auf, daß dieser Ausfall der rechtsseitigen Abwehrbewegung in ursächlichem Zusammenhang mit der homolateralen Kleinhirnerkrankung stehen müsse.

Verf. stellte nun weitere Prüfungen mit dem Kranken an. Hielt man ihm die Nase zu und fixierte man gleichzeitig den linken Arm, so versuchte er zunächst diesen durch Zerren zu befreien. Da ihm dies nicht gelang, oder auch schon vorher, öffnete er den Mund, um die Atmung frei zu bekommen. Weiterhin versuchte er durch Schütteln seine Nase von dem Finger zu befreien. Endlich warf er sich mit dem ganzen Körper nach der linken gesunden Seite. Der rechte Arm lag dabei regungslos schlaff an der rechten Körperseite, als ob er für den Kranken gar nicht existierte.

Wegen Verschlechterung des Allgemeinzustandes wurde am nächsten Tage das Kleinhirn punktiert und inzidiert. Hierbei wurden ca. 2 Eßlöffel dicken Eiters entleert. Nun besserte sich der Zustand. Der weitere Verlauf war sehr wechselvoll. Nach guten Tagen, selbst Wochen, kam es wieder zu Retention im Abszeß, jedesmal mit mehr oder weniger tiefer Somnolenz. Der Versuch verlief jedesmal in derselben Weise. Die Abwehrbewegung, die den Charakter eines reinen Abwehrreflexes — unter der Schwelle des Bewußtseins — trug, blieb auf der Seite des Abszesses aus. Als eine weitere Besserung eingetreten und das Sensorium fast frei war, fing er, wenn man ihm wieder die Nase zuhielt und den linken Arm fixierte, nach einigem Zögern an, den rechten Arm zu erheben, und er entfernte mit der rechten Hand die fremde von seiner Nase. Man hatte aber durchaus den Eindruck, daß er sich erst allmählich auf seinen rechten Arm besann. Diese Aktion erschien deutlich als Willkürbewegung, nicht als Reflexbewegung.

Der Zufall fügte es, daß Verf. zu derselben Zeit einen anderen Rekonvaleszenten von Kleinhirnabszeß auf der Abteilung hatte. Er lief längst herum; von Somnolenz war keine Rede mehr. Ihn hat Verf. mit freundlicher Miene, damit er nicht fürchten sollte, daß ihm etwas Schlimmes bevorstünde, überfallen, und ihm Mund und Nase zugleich zugehalten. Sofort kam die Abwehrbewegung mit dem Arm der gesunden Seite. Hielt man diesen fest, so brauchte es ebenfalls geraume Zeit, bis er sich auf den Arm der operierten Seite besann und zur Abwehr schritt.

Bei häufigeren Wiederholungen kannte er den Verlauf; da kam der rechte Arm alsbald!

Trotzdem scheint Verf. auch diese Beobachtung bemerkenswert.

Grätzer.



G. Riebold (Dresden), Sind die Diphtheriebazillenträger für ihre Umgebung infektiös? (Ebenda. Nr. 17.) Eine Diphtherieepidemie, die in der Ferienkolonie Lichtenhain ausbrach, war, wie Verf. feststellte, durch einen Bazillenträger hervorgerufen.

Diese Lichtenhainer Diphtherieepidemie zeigte überaus klar den Einfluß der persönlichen Disposition: die aus einer Quelle stammenden, in ihrer Virulenz also offenbar ganz gleichwertigen Keime riefen bei 2 Kindern eine sehr schwere, bei 7 Kindern eine leichtere Erkrankung hervor, während sie den 7 gesund gebliebenen Bazillenträgern überhaupt nichts anhaben konnten.

Worin die Disposition oder Krankheitsbereitschaft beruht, ist noch nicht ganz durchsichtig; zweifellos spielen neben hereditären bzw. konstitutionellen Momenten äußere, z. B. klimatische Einflüsse, hierbei eine große Rolle. So mag das naßkalte Wetter des vergangenen Sommers das Auftreten der doch immerhin recht umfangreichen Diphtherieepidemie wesentlich mit begünstigt haben.

Nun noch einige Worte zur Frage der Infektiosität der Bazillenträger. Sie werden heutzutage von den sog. Dauerausscheidern getrennt.

Die Dauerausscheider, auch als Hauptträger bezeichnet, haben eine Diphtherie durchgemacht; die Bazillenträger oder Nebenträger haben keine Krankheitszeichen dargeboten. Die ersteren gelten als infektiös, die letzteren als wenig oder gar nicht infektiös.

Ist diese Trennung nun berechtigt? Rein theoretisch betrachtet, zweifellos nicht. Denn es ist durchaus nicht einzusehen — falls man nicht zu unbewiesenen Hypothesen greifen will — weshalb dieselben Keime, die aus derselben Quelle stammen, die, je nach der persönlichen Disposition des Befallenen, ihm einmal überhaupt nichts anhaben können, in anderen Fällen eine leichte, wieder in anderen Fällen eine schwere Erkrankung hervorrufen, weiterhin nur dann infektiös werden sollen, wenn der Träger eine Erkrankung der Rachenorgane durchgemacht hat.

Aber auch von praktischen Gesichtspunkten aus ergeben sich Bedenken gegen diese Trennung, weil man niemals mit Sicherheit entscheiden kann, ob der Bazillenträger nicht doch eine ganz leichte, larvierte Form der Diphtherie durchgemacht hat.

Verf. glaubt, daß man vielmehr zugeben muß — und das lehren auch die mitgeteilten Beobachtungen —, daß die Bazillenträger stets infektiös sein können, ob sie nun selbst eine Diphtherie durchgemacht haben oder nicht, und daß es zweckmäßiger ist, die bisherige Trennung in Dauerausscheider und Bazillenträger, in Haupt- und Nebenträger ganz aufzugeben.

Wie erklärt sich nun aber die unbestreitbare Tatsache, daß die Bazillenträger, die keine Erkrankung der Rachenorgane durchgemacht haben, im allgemeinen weniger infektiös sind als die Kranken während und nach einer Diphtherie? Verf. meint, sehr einfach daraus, daß Gesunde sich nicht räuspern, während die Kranken oder die Rekonvaleszenten mit ihrer oft wochenlang bestehenden Reizbarkeit der Schleimhäute beim Husten, beim Räuspern die Diphtheriebazillen beständig verbreiten können. Das Hauptgewicht bei der Prophylaxe der Diphtherie ist also auf die Bazillenträger zu legen, deren jeder

in letzter Linie auf einen Diphtheriefall zurückgeht, und deren jeder die Quelle einer neuen Epidemie werden kann, gleichgültig, ob er selbst eine Diphtherie durchgemacht hat oder nicht. Grätzer.

O. Franck, Erfahrungen mit dem queren Luftröhrenschnitt. (Aus der Chirurgischen Klinik zu Frankfurt a. M.) (Ebenda.) Verf. zeigt die Vorzüge dieses Schnittes bei der Tracheotomie und Laryngotomie. Grätzer.

Fritz Breuning, Über Paratyphus bei Kindern in München. (Aus der Universitäts-Kinderpoliklinik München.) (Ebenda. Nr. 19.)

Zusammenfassend läßt sich sagen: Paratyphöse Enteritis kommt bei Säuglingen und Kindern der ersten Lebensjahre in München nicht allzu selten vor. Es wurde nur die gastroenteritische Form beobachtet, die im allgemeinen nach Art einer leichten Dyspepsie in ca. 11—12 Tagen unter anfangs hohen, dann bald normalen Temperaturen verläuft. Charakteristisch sind der frequente weiche Puls, zahlreiche Stühle mit Schleimbeimengungen und auffällig fäkulentem Geruch. Schwächlichen Kindern kann schwerere Infektion durch Allgemeininfektion und lokale Eiterung gefährlich werden. Pathalogisch-anatomisch findet man nahezu die gleichen Verhältnisse wie beim Erwachsenen. Die Ätiologie ist nicht genügend geklärt; möglicherweise spielt Milchinfektion dabei eine Rolle.

Praktisch fordern die erhobenen Befunde dazu auf, sich bei fieberhaften Enteritiden der Kinder nicht mit einer vermuteten alimentären Ursache zufrieden zu geben, sondern bakteriologische Untersuchungen vornehmen zu lassen, damit bakterielle Erkrankungen auch als solche erkannt werden. Vielleicht kommen wir auf diesem Wege dazu, pathogenen Organismen wieder eine größere Bedeutung für die Ätiologie der Darmerkrankungen der Säuglinge zuzuerkennen, als dies heute üblich ist. Grätzer.

Hans Kern, Über eine Anstaltsendemie von Heine-Medinscher Krankheit. (Aus dem Großen Friedrichs-Waisenhaus der Stadt Berlin in Rummelsburg.) (Ebenda.) Es handelt sich um eine Endemie von Heine-Medinscher Krankheit, die, auf einer ziemlich abgeschlossenen Abteilung des Waisenkinderkrankenhauses im Herbst 1913 ausgebrochen, innerhalb von 3 Wochen 5 Kinder befallen hat. Von diesen 5 Kindern sind 4 heute noch gelähmt, während 1 fast ganz genesen ist. Grätzer.

A. Baginsky, Zur Kenntnis der Therapie der hereditären Syphilis. (Aus dem Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhause Berlin.) (Ther. d. Gegenw. 1915 Nr. 1 u. 2.) Die für den syphilitischen Säugling am besten passende Anwendungsweise eines Mittels ist, bei der sonstigen Leichtigkeit und Notwendigkeit der Ausübung, immer das Bad, und so ist es wohl natürlich, daß das Sublimatbad von jeher zur Behandlung der hereditären Erkrankung herangezogen wurde. Es genügt, einem Bade von etwa 10 l Wasser 0,5—1 g Sublimat beizumischen, um bei der gehörigen Zahl der Bäder und der geeigneten Dauer des Einzelbades die volle Heilung der Syphilis herbeizuführen. Als Mindestzahl der Bäder dürfte man

30 betrachten, und zwar sollen dieselben täglich nacheinander, vielleicht mit der jedesmaligen Unterbrechung eines einzelnen Tages in der Woche, verabreicht werden. Die Dauer des Bades von 37° C ist auf 8—10 Minuten auszudehnen.

Als Kontraindikation des Sublimatbades würden ausgebreiteter Pemphigus, ausgebreitete Intertrigo oder multiple Furunkel und Ulcera zu betrachten sein, wenigstens hat Verf. bei solchen dermatitischen Läsionen das Sublimatbad gern gemieden; wenngleich auch bei Furunkeln nicht immer. Verf. hat doch genügend Fälle beobachtet, bei welchen zwischendurch immer kleinere und größere Furunkel inzidiert werden mußten, die Sublimatbäder dennoch fortgesetzt wurden und die Kinder zu guter Heilung gelangten. So ist also die Furunkulose keine direkte Kontraindikation; nur wird es auf die Verträglichkeit der Kinder im Einzelfalle ankommen. Die Kinder sind nach der Serie von 30 Bädern zunächst noch unter Obhut und Kontrolle zu halten, um beim etwaigen Auftreten von erneuten syphilitischen Symptomen sofort die Bäder neu aufzunehmen und eine zweite Serie der ersten folgen zu lassen. Oft sind 30 Bäder genügend; nur dürfen die Kinder nicht anders, denn als „vorläufig geheilt“ betrachtet werden. Daß nach Anwendung der Sublimatbäder Rezidive häufiger seien als nach Anwendung anderer Methoden, will Verf. nicht gänzlich von der Hand weisen, wenngleich er es auch nicht ohne weiteres zugeben möchte; nur möchte er auf der anderen Seite konstatieren, daß nicht allein dies völlige Verschwinden sämtlicher syphilitischer Symptome bei den Kindern unter der Einwirkung der Sublimatbäder erreicht wurde, sondern auch vortreffliche Gewichtszunahmen bei Säuglingen erzielt wurden. Besonders rasch und günstig war im übrigen bei dieser Behandlungsmethode zumeist der Rückgang der als Pseudoparalysis bezeichneten Osteochondritis syphilitica. Lange Zeit hindurch ist so im Kinderkrankenhause diese Behandlungsmethode die souveränste gewesen, und sie kann auch für die ärztliche Praxis immerhin aufs wärmste als eine ebenso bequeme wie heilbringende empfohlen werden.

Der Anwendung der Sublimatbäder am nächsten steht die Schmierkur mit Quecksilbersalbe. Sie ist nicht so bequem wie die Badekur, aber doch auch, selbst bei jüngsten Säuglingen, gut und leicht durchführbar und von vortrefflicher Wirksamkeit; nur hat die Methode zur Voraussetzung, daß im wesentlichen die Haut intakt sei, wenigstens frei von Furunkeln und Geschwüren, und daß auch die Magerkeit der Kinder nicht zu exzessiv sei, weil sonst schon mechanisch die Einreibungsausführung auf Schwierigkeiten stößt. Auch gehört zur geeigneten Ausführung der Einreibung eine wirklich geübte Pflegerin, weil nicht die erste beste sich bei kleinen Säuglingen an solche an zarten Kindern auszuübende Prozeduren heranwagen darf. Bei geschickter Ausführung stößt aber die Schmierkur auch bei jüngsten Kindern auf keinerlei Schwierigkeiten. Unbekannt geradezu ist Verf. bei jungen Kindern das Gespenst der Salivation geblieben; aber auch bei älteren Kindern und bei solchen, die bereits über die zweite Zahnung hinaus waren, konnte das Eintreten von Salivation durch sorgsame Zahn- und Mundpflege vermieden werden. Sie ist

bei den zahlreichen Fällen von angewandten Schmierkuren niemals im Krankenhause vorgekommen; allerdings ist hier die Mundpflege der Kinder mit den im ganzen sonst üblichen mechanischen Mitteln (Spülen und Bürste) tadellos. Je nach der Altersstufe wird von 0,5—2 g der Merkurisalbe eingerieben, und zwar in folgender Anordnung täglich die Einreibung an einem anderen Körperteile vorgenommen: 1. Rechter Arm, 2. linkes Bein, 3. linker Arm, 4. rechtes Bein, 5. Brust, 6. Rücken. Danach Tag der Pause mit Anwendung eines Bades. Es ist überraschend, wie gut selbst nur wenige Wochen alte Kinder die Kur vertragen, stetig an Gewicht zunehmen und unter den Augen die syphilitischen Symptome: Rhinitis, Exantheme, Infiltrate usw. schwinden, und die Kinder der Heilung zugeführt werden; man führt die Kur auch fort, bis dieselbe eingetreten ist, also 4—6—8 Wochen und darüber.

Welcher nun von den beiden bisher beschriebenen Methoden der Vorzug im Einzelfalle gegeben werden soll, dies hängt tatsächlich von der Beschaffenheit der Haut und dem Gesamthabitus der Kinder ab; eigentlich entscheidende Indikationen lassen sich hier kaum festlegen, und so kommt es doch auch wohl vor, daß nach der Anwendung einer Serie von Bädern die Schmierkur für die nächsten Wochen zur Anwendung kommt, und umgekehrt.

Von örtlichen Mitteln bediente sich Verf. nur des in Alkohol gelösten Sublimats von $^1/_2$ ‰ zum Tupfen, und des Merkurialpflasters; des ersteren zumeist bei Condylomata lata und Rhagaden an Lippe, Nase, Stirn, am Genitale und After, des letzteren mehr bei wirklich offenen Geschwüren, welche nicht zur Heilung kommen wollten. Quecksilberpflastermull wird dann auf der Geschwürsfläche appliziert und bringt meist Heilung, ebenso wie unter leichtem Betupfen mit Sublimat die Rhagaden zu heilen pflegen. In einzelnen Fällen (ulzerierte Knochengummata, rapid fortschreitende Gaumengeschwüre) muß man freilich andere Mittel (Jod, Salvarsan) zu Hilfe nehmen. Bei schwerem Impetigo (Gesicht, Kopfhaut) ist weiße Präzipitatsalbe zu empfehlen.

Quecksilberinjektionen kommen in Betracht, wo Schmierkur und Bäder nicht anwendbar. Verf. injiziert:

Rp. Hydrarg. bichlorat.
Natr. chlorat. āā 0,2
Aq. dest. 10,0

Bei kleinsten Kindern $^1/_{10}$ ccm (= 0,002 Sublimat), bei älteren $^2/_{10}$ bis $^3/_{10}$ ccm (subkutan oder intramuskulär, wöchentlich einmal). Die Kinder, auch die jüngsten, vertrugen die Injektion tadellos, ohne Fieberreaktion, auch ohne erhebliche Schmerzensäußerungen, und es ist überraschend, wie mit den kleinen Gaben gute Heilerfolge erzielt, die syphilitischen Phänomene zum Schwinden gebracht werden. Um das Zehnfache verdünntere Lösungen, also 0,2 Sublimat: 100, mit einem Zusatz von 0,4 Natr. chlorat. wurden vielleicht noch besser vertragen und gestatteten alsdann die Injektion größerer Teilmengen von 0,5 ccm, was die Applikation erleichterte. Acht haben muß man bei der Anwendung der Sublimatinjektionen auf Harn und Stuhlgang; den ersteren mit Bezug auf etwaiges Auftreten von

Albumen, letzteren bezüglich etwa eintretender Diarrhöen. Indessen sind Verf. irgendwelche Schwierigkeiten nicht begegnet.

Innere Mittel wende man am besten nicht an. Calomel speziell ist durchaus zu vermeiden. Relativ am besten vertragen wird noch Protojoduretum Hydrargyri (Hg. jodat. flav.) in Gaben von 0,005, in der Regel zweimal täglich (bei älteren Kindern bis 0,01), ist aber auch nur zeitweise zu ordinieren. Bei schweren Formen verschleppter hereditärer Lues ist Jodkalium bzw. Jodnatrium nicht zu entbehren; sie können ohne Nachteil konsequent gleichzeitig mit Schmierkuren zur Anwendung gelangen und wirken äußerst günstig. Bei diesen Kindern mit beginnender Pubertät wurden Gaben von 2—3 g pro die gereicht. Nach 3—4 Wochen gibt man dann, um abzuwechseln, Jodglidine, Jodoprot, Sajodin.

Salvarsan oder besser Neosalvarsan, bequem und sicher wirkend, wird jetzt von Verf. bei den jüngsten Kindern bereits angewandt (intraglutäal), alle 8—10 Tage pro Kilo Körpergewicht 0,01, bei schlecht gedeihenden Kindern noch weniger. Grätzer.

H. Rehn (Frankfurt a. M.), Zur Wirkung des Diphtherieheilserums durch die Muttermilch auf den Säugling. (Kind. A. 1915 Nr. 3).

Ein kräftiger Knabe war 5 Wochen lang an der Mutterbrust prächtig gediehen, mit einer Gewichtszunahme bis zu $^1/_2$ Pfund pro Woche, als die Mutter an Rachendiphtherie erkrankte und eine Heilseruminjektion erforderlich wurde. Man beließ das Kind an der Brust, möglicherweise in der Absicht, ihm den Vorteil der prophylaktischen Immunisierung zu gewährleisten, und die Mutter legte es schon bald nach erhaltener Injektion wieder an. Noch am selben Abend nun stellte sich nach jedem Trinken sofortiges Erbrechen und gleichzeitig mit dem Erbrechen fast nach jeder Mahlzeit Diarrhoe ein, welche, von grünlicher Farbe, eine schleimige Beschaffenheit zeigte.

Höchst merkwürdig war die Störung des Allgemeinbefindens. Der Mutter soll Fieber gefehlt haben; doch war das Kind äußerst unruhig, zeigte ein auffallendes häufiges Zusammenschrecken und einen fast absoluten Mangel an Schlaf: Symptome, welche übrigens die Mutter (seit der Einspritzung) bis zu gewissem Grade mit ihrem Kinde teilte. Der Gewichtsverlust des letzteren soll in der betreffenden Zeit etwa $1^1/_4$ Pfund betragen haben.

Eine diphtherische Erkrankung des Säuglings ist nicht festgestellt worden. Der Untersuchungsbefund beim Kinde war völlig negativ; speziell waren keine geschwellten Halsdrüsen nachweisbar, welche auf eine dagewesene Rachendiphtherie konnten schließen lassen. Die Mutter war von ihrer Erkrankung seit etwa 14 Tagen hergestellt, hatte jedoch schlechten Appetit, ungenügenden Schlaf, und die Milch hatte begreiflicherweise abgenommen.

Verf.'s Verordnung bestand in dem Ersatz dreier Kostmahlzeiten durch Schleimmilchmischungen.

Der weitere Verlauf war ein einfacher und glücklicher. Das Kind nahm die Beikost und vertrug sie gut. Nach 8 Tagen hatte das Erbrechen aufgehört und die Entleerungen waren seltener geworden. Vor allem aber war das Kind jetzt ruhig, schlief nach den Mahlzeiten und die ganze Nacht hindurch. Auch war eine kleine Gewichtszunahme zu konstatieren.

Ein mehrwöchentlicher Aufenthalt im nahen Taunus brachte endlich Mutter und Kind die völlige Genesung.

Daß das Kind durch die Milch der Mutter erkrankt war, und zwar schwer erkrankt, lag auf der Hand, denn es war bis zu der Heilseruminjektion völlig gesund und erkrankte unmittelbar nach derselben.

Es schien daher eine bezügliche Untersuchung der Milch wünschenswert, obwohl schon 3 Wochen nach der Injektion verflossen waren.

Dr. H. Braun, Abteilungsvorstand beim Hygienischen Institut, hatte die Güte, die Untersuchung zu übernehmen und das Ergebnis, wie folgt, mitzuteilen.

„Im Tierversuch konnten gegen virulente Diphtheriebazillen in der Milch keine schützenden Eigenschaften nachgewiesen werden.

Mit der Römerschen Methode ließ sich aber feststellen, daß die Milch deutlich mehr Antitoxin enthielt als eine zur Kontrolle dienende Milch von einer gesunden Frau.

Es läßt sich nicht entscheiden, ob das Antitoxin von der Patientin gebildet wurde oder vielleicht doch noch dem eingespritzten entspricht.

Mittels der Komplementbindungsmethode konnte Pferdeserum in der Milch nicht nachgewiesen werden."

Interessant ist also der noch gefundene höhere Antitoxingehalt der Milch, nachdem 3 Wochen nach der Einspritzung verstrichen waren.

Es erübrigt noch die praktische Frage, wie man in ähnlichen Fällen im eigensten Interesse des Säuglings zu handeln hat. R. denkt folgendermaßen:

Ist er noch frei von diphtherischen Bakterisationen und besonders auch fieberlos, so soll man ihn von der Brust wegnehmen und unter strenger Isolierung künstlich ernähren. Ist er aber bereits infiziert, so kann man ihn an der Brust belassen, sollte ihn aber in den ersten 24 Stunden nach der Injektion der Mutter lieber nicht anlegen, um ihn vor dem ersten Ansturm des toxischen Serums zu schützen.

Grätzer.

Silvio Canestrini, Über das Sinnesleben des Neugeborenen. (Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurol. u. Psych. 1913 H. 5.) Verf. bespricht Anatomie und Physiologie des kindlichen Zentralnervensystems. Die postfötale Entwicklung des Menschen ist eine viel differenziertere als diejenige des Tieres; das Tier dagegen weist intrafötal eine vollendetere Entwicklung auf. Während der menschliche Neugeborene nur für Lichtreize empfindlich ist, zeigt das aus dem Ei entschlüpfte Hühnchen einen so entwickelten Gesichtssinn wie das erwachsene Tier. Der Hörsinn des menschlichen Neugeborenen steht hinter demjenigen beinahe aller erwachsenen Säugetiere weit zurück. Nur in bezug auf den Geschmackssinn zeigt der menschliche Neugeborene eine auffallende Vervollkommnung und steht auf diesem Sinnesgebiete selbst der übrigen erwachsenen Tierreihe nicht viel nach. Betreffs des Tastsinnes besitzen hingegen auch niedere Tiergattungen ein besser entwickeltes Sinnessystem als der Mensch nach der Geburt. Der Geruchsinn ist aber beim Menschen zur Verkümmerung verurteilt; bezüglich desselben steht der neugeborene Mensch den Tieren gegenüber weit zurück. Auch die Armut des psychischen Geschehens des menschlichen Neugeborenen ist sehr auffällig. Eigene Untersuchungen des Verf.'s zeigten gleichfalls die verhältnismäßig gute Entwicklung des Geschmackssinnes des Neugeborenen: die süße Geschmacksempfindung bewirkte immer eine Beruhigung des Säuglings, während die Salzlösung eine leichte Unruhe mit Aufhören der

Saugbewegungen zur Folge hatte; desgleichen bewirkte saure und bittere Lösung motorische Unruhe. Auch vom Gehörapparat sah Verf. gut ausgebildete Leistungen zustande kommen; beim schlafenden Säugling hatten akustische Eindrücke oft eine Verlangsamung der Atmung, Unregelmäßigkeit der Respirationstiefe, zeitweilige Steigerung des Hirnvolumens und Pulsfrequenzzunahme, aber auch Beschleunigung der Atmung zur Folge; beim wachen Säugling verursachten Gehörseindrücke oft eine Verflachung der Atmungskurve, manchmal dagegen, besonders wenn dieselben intensiv waren, eine Unregelmäßigkeit der Respirationskurve und eine Zunahme der Hirnpulsation. War der Säugling sehr unruhig, so trat oft auf einen länger dauernden Gehörseindruck eine auffallende Beruhigung sowohl der Hirn- wie der Respirationskurve auf. Unter 70 Säuglingen reagierte jeder einzelne auf akustische Eindrücke. Der Gesichtssinn ergab nur bei Beleuchtung des Säuglingsgesichtes eine Reaktion, und dies sowohl im wachen wie im schlafenden Zustande, während farbige Lichter nur je nach der Lichtintensität ein verschiedenes Resultat aufwiesen. Bei Wiederholung des optischen Reizes konnte man oft einen stärkeren Ausschlag der Reaktion auftreten sehen (Folge der Summierung des Reizes). Vom ersten Tage der Geburt an zeigt der Säugling eine deutliche Beeinflussung der Atmung und der Hirnkurve durch Lichtreize bestimmter Intensität im Sinne einer Volumsvermehrung; bei starken Lichtreizen traten Atemschwankungen auf (wie beim Erschrecken des Erwachsenen). Der Tastsinn zeigt eine auffallend geringe Reaktion auf Schmerzreize; ebenso trat deutlich die geringe Erregbarkeit des Säuglingsnervensystems auf den elektrischen Strom auf. Der Geruchssinn zeigte schon bei der Geburt unter den fünf Sinnessystemen die geringste Entwicklung: die Mehrzahl der olfaktorischen Versuche ergab weder eine Änderung im Verlaufe der Atmung noch der Hirnkurve, und zwar oft unter dem Einflusse von intensiv riechenden Substanzen. Beim schreienden Säugling bewirkten manchmal schlecht riechende Stoffe eine Beruhigung.

Kurt Mendel.

Oswald Berkhan, Über einheitliche Kopfmaße bei Schwachsinnigen und einheitliche Wiedergabe von Kopfformen Schwachsinniger. (Zschr. f. die Erforsch. u. Behandl. des jugendl. Schwachs. 6.) Verf. plädiert für Einheitlichkeit im Gebiete des Schwachsinnigenwesens: jede Hilfsschule, jede Anstalt mit schwachsinnigen Zöglingen sollte die drei Hauptmaße des Kopfes (größter Längendurchmesser, größter Breitendurchmesser, größter Umfang) in einem Personalbogen verzeichnen; jedes Werk und jede Zeitschrift, welche Abbildungen und Maße von Kopfformen Schwachsinniger bringen, sollte diese nur nach der Frankfurter Verständigung (Archiv f. Anthropol. 15) wiedergeben.

Kurt Mendel.

S. Stuchlik, Zur Frage über die sekundäre Degeneration der Pyramidenbahnen bei Porenzephalie. (Aus der Medizinischen Klinik der Universität in Zürich.) (Arch. f. Psych. I. 4. 1914 H. 3.) Die eingesunkene, etwa hühnereigroße Stelle nahm die unteren zwei Drittel der Zentralwindungen und die hinteren und

unteren Teile des Frontallappens ein und erstreckte sich bis in Scheitellappen. Trotz einer Hemiplegie wurde das Rückenmark normal befunden. Es bestand keine Agenesie, Atrophie, Degeneration oder sonstige Veränderung der Pyramidenbahnen. K. Boas.

Schubart (Dresden), Die angeborene Geistesschwäche und ihre forensische Bedeutung. (Arch. f. Kriminalanthropol. u. Kriminalistik. 46. S. 166.) Die Diagnose angeborener Geistesschwäche ist im allgemeinen vor Gericht dann zu stellen, wenn der Untersuchte von Jugend auf neben Störungen der körperlichen Entwicklung Schwäche der Intelligenz und des Urteils gezeigt, und diese psychische Schwäche der gesamten Persönlichkeit und ihrer ganzen Lebensführung ein besonderes Gepräge gegeben hat.

Der angeborene Geistesschwache ist meistens unfähig, als Zeuge zu fungieren, seine Angelegenheiten zu besorgen und die strafrechtliche Verantwortung für seine Straftaten zu übernehmen. Er ist dies aber nicht schlechthin, sondern es muß dies in jedem einzelnen Falle unter eingehender Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse und äußeren Umstände festgestellt werden. K. Boas.

H. Hässner, Über Regeneration von Nierenepithelien bei Diphtherie. (Aus dem Pathologischen Institut der Universität Rostock.) (Beitr. zur Klinik d. Infektionskrankh. u. zur Immunitätsforsch. 1. S. 289.) Verf. hat in dem von ihm beschriebenen Falle folgende Formen von Regenerationsvorgängen gefunden, und zwar ausschließlich im Gebiete der geraden Harnkanälchen:

1. Einfache typische Regeneration einzelner Zellen.
2. Streckenweise Neuauskleidung des Epithelbelages innerhalb präformierter Kanälchen durch einfachen Ersatz der Zellen an Ort und Stelle, und zweitens durch Verlängerung neugebildeter Epithelschläuche wenigstens auf kleine Strecken hinaus.
3. Riesenzellartige Gebilde.
4. Adenomartige, hyperplastische Erweiterungen einzelner Epithelschläuche.
5. Kompakte und solide Zellzapfen und -stränge mit exzessiven Zellproliferationen. K. Boas.

L. Tompakow, Über den Wert der neuen Conradischen Verfahren für die Diphtheriediagnose (Pentan-Tellur-Verfahren). (Arch. f. Hyg. 83. H. 1 u. 2.) Verf. prüfte das Conradische Verfahren in 117 Fällen von Diphtherieverdacht an Rachen-, Nasen-, Konjunktiva- und Harnblasenmaterial nach. Verf. fand dabei, daß Diphtherie und Pseudodiphtherie sich auf der Tellurplatte unterscheiden, indem die Diphtheriekolonien im Gegensatz zu den Pseudodiphtheriekolonien schwarz erscheinen. Letztere sind hellgrau bis weißlich. Erschwerend für den praktischen Gebrauch ist der Umstand, daß die Schwarzfärbung der Diphtherie in etwa 30% der Fälle nach 20—24 Stunden noch nicht deutlich ist. Viele Kokkenkolonien wuchsen ebenfalls schwarz — eine Behinderung für die Diphtheriediagnose, welche aber zum Teil durch das Pentanverfahren aufgehoben wird. Beide Verfahren aber, die Tellurplatte

und das Pentanverfahren, sind zu kompliziert und nehmen viel Zeit in Anspruch, so daß die geringe Mehrleistung in der Auffindung von Diphtheriekolonien kaum wettgemacht werden kann. Die Herstellung der Platten ist zudem mehr als doppelt so teuer. K. Boas.

E. Vollmer, Über Kinderheilstätten und Seehospize im Kampfe gegen die Tuberkulose. (Fortschr. d. Med. 31 Nr. 37. S. 1015.) Die Weiterentwicklung der Kinderfürsorge und speziell die Fürsorge der tuberkulosebedrohten Kinder muß intensiv betrieben werden.

Eine systematische Suche nach skrofulösen und initialtuberkulösen Kindern kann nur dadurch gelingen, daß auch auf dem Lande und in kleineren Städten ganz allgemein Schulärzte angestellt werden.

Die von den Schulärzten ausfindig gemachten tuberkulösen und skrofulösen Kinder müssen den Fürsorgestellen für Tuberkulosebekämpfung bekanntgegeben werden, und diese müssen die Überweisung der Kinder in Kinderheilstätten organisieren.

Es wäre unzweckmäßig, einseitig die Seehospize als geeignet gegen die Skrofulose und gegen die Kindertuberkulose zu empfehlen. Jeder Klimawechsel erfüllt den Zweck. Die Hauptsache bleibt, daß die bedrohten Kinder erstens aus ihrer Umgebung einmal herausgeholt und zweitens durch eine ordentliche Anstaltspflege mit See- oder Solbädern, Wanderungen, Liegekuren gekräftigt und widerstandsfähig gemacht werden. K. Boas.

Paul Sittler (Kolmar i. E.), Die Bedeutung des Kalziums für die pädiatrische Praxis. (Ebenda. 1914 Nr. 28.) Der Verf. gibt eine übersichtliche Darstellung über den heutigen Stand der Kalziumtherapie und ihre experimentelle Begründung und führt im Anschluß daran seine Beobachtungen auf, die er bei der Darreichung des Tricalcols, der kolloidalen Kalk-Phosphor-Eiweißverbindung, sammelte. Seine Versuche erstreckten sich zuerst auf eine Serie von Kindern mit Rachitis. Hierbei erwies sich das Tricalcol als wertvolles und unschädliches Adjuvans in der medikamentösen Behandlung dieses Leidens (selbstredend neben einer entsprechenden diätetischen Therapie), dessen Wirksamkeit der der bisher in diesen Fällen gebräuchlichen Kalziumpräparate zum mindesten gleichkam, ohne indessen deren Nachteile zu besitzen. Die guten Resultate der Tricalcolanwendung bei der Rachitis veranlaßten naturgemäß auch zur Darreichung dieses Mittels bei spasmophilen Zuständen, wobei das Präparat sehr günstige Erfolge zeitigte. Ferner wurde das Tricalcol bei Milchnährschaden der Säuglinge, der bekanntlich mit einer Ausscheidung von Kalkseifenstühlen einhergeht, verwandt. Endlich weist der Verf. auf die Verwendung bei Diarrhoen der Säuglinge hin und empfiehlt insbesondere das seit kurzem speziell für diesen Zweck in den Handel gebrachte Tricalcol-Kasein, das außerordentlich preiswert ist und infolgedessen jederzeit auf bequeme Weise die Herstellung einer billigen Eiweißmilch gestattet.

Außerdem empfiehlt sich das Tricalcol noch ganz besonders bei schwangeren Frauen, um sowohl dem mütterlichen als auch dem



kindlichen Organismus die nötige Menge Kalk zu bieten; es wurde von den Frauen auch in Dosen von 5—10 g ausgezeichnet vertragen.

K. Boas.

A. Kantorowicz und **G. Speyer,** Experimentelle Untersuchungen über die Beziehungen des Rhodangehaltes des Speichels zur Karies der Zähne. (Deutsche Monatsschr. f. Zahnheilkunde 32. H. 2. S. 81.) Das Rhodankali hat in den in der Mundhöhle vorkommenden Konzentrationen keinen Einfluß auf das Leben oder auf die Entstehung der untersuchten Bakterien, noch beeinflußt es die Säurebildung aus Kohlehydraten. Die Untersuchung über den Rhodangehalt des Speichels ergab keinen Anhalt dafür, daß Rhodangehalt Beziehungen zur Kariesfrequenz hat. K. Boas.

A. Beatus, Ein Beitrag zur Frage der Beziehungen zwischen asphyktischer und schwerer Geburt und nachhaltigen psychischen und nervösen Störungen. (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Breslau.) (Inaug.-Dissert. Breslau 1913.) Resumierend kommt Verf. zu demselben Ergebnis wie Hannes, daß Asphyxie und schwere Geburt keinen Einfluß auf die spätere körperliche oder geistige Entwicklung der Kinder habe. K. Boas.

Marianne Franz, Untersuchungen über das Vorkommen organischer Säuren im Säuglingsharn. (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Breslau.) (Inaug.-Dissert. Breslau 1913.) 1. Der Säuglingsharn enthält auch bei Ernährung mit oxalsäurefreien Nahrungsgemischen (Frauenmilch, Kuhmilch oder Kuhmilch und Zucker) fast regelmäßig geringe Mengen Oxalsäure, die wir uns entweder im Darm (als Nebenprodukt der Gärungen) oder im intermediären Stoffwechsel entstanden denken müssen (endogene Oxalsäurebildung).

2. Nach Gaben von Rohrzucker oder Nährzucker (Dextrin-Maltose-Gemisch) erscheinen die Oxalsäuremengen im Urin etwas höher als bei reiner Milchkost. Mehlzulagen steigern die Oxalsäureausscheidung deutlich.

3. Bei akuten Ernährungsstörungen konnte keine Vermehrung der Oxalsäureausscheidung im Harn festgestellt werden.

K. Boas.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

C. Rahts, Welche Krankheiten oder sonstigen Ursachen führen bei Bewohnern des Deutschen Reichs einerseits in der Jugend, anderseits im mittleren und vorgeschrittenen Lebensalter am häufigsten zum Tode? (W. m. W. 1915 Nr. 11.) Im ersten Lebensjahre starben während des Jahrfünfts 1906—1910 nacheinander jährlich 371091, 348117, 355102, 332472, 307927, im ganzen 1714709 Kinder, entsprechend einer sogenannten „Säuglingssterbeziffer“ von 174 auf je 1000 Lebendgeborene, da in den 5 Jahren 9841003 Kinder in den 24 Staaten als lebendgeboren gemeldet worden sind. Im ersten Berichtsjahr (1906) war diese Säuglingssterbeziffer 185, im letzten Berichtsjahr (1910) nur 161,6 (vgl. auch die oben wiedergegebene Abnahme der absoluten Zahlen der Säuglingssterbe-

fälle). Unbekannt ist die Todesursache bei 3,15 % der im ersten Lebensjahr gestorbenen Kinder geblieben. Von den im Mittel jährlich 332122 aus bekannter Ursache gestorbenen Kindern des 1. Lebensjahres sind rund 30 % — genauer 29,59 % — einem Magen- und Darmkatarrh oder Brechdurchfall erlegen, d. h. einer Verdauungsstörung, wie sie infolge unzweckmäßiger Ernährung in diesem Lebensalter, namentlich in der wärmen Jahreszeit, bekanntlich sehr häufig auftritt. Außerdem ist im Mittel jährlich bei 3325 Säuglingen, d. h. bei 1 % aller aus bekannter Ursache gestorbenen, eine „andere Krankheit der Verdauungsorgane“ die Todesursache gewesen. Bei mehr als ein Fünftel aller aus bekannter Ursache gestorbenen Säuglinge, genau bei 22 % derselben, ist angeborene Lebensschwäche als Ursache des Todes verzeichnet, und zwar besonders häufig bei solchen Kindern, welche schon im ersten Lebensmonate starben. Neben den genannten Todesursachen, welchen angeblich mehr als die Hälfte aller gestorbenen Säuglinge erlegen ist, kamen andere Krankheiten als todbringend weit weniger in Betracht. Von je 1000 aus bekannter Ursache gestorbenen Kindern des ersten Lebensjahres ist bei 30 Keuchhusten, bei 115,2 eine Lungenentzündung oder andere Krankheit der Atmungsorgane, bei 14—15 (in 14,4 ‰ der Fälle) Tuberkulose, bei ebenso vielen (14,4 ‰) Scharlach oder Masern, bei 5—6 (5,3 ‰) Diphtherie oder Krupp als Todesursache angegeben. Bemerkenswert ist noch, daß nach fünfjährigen Ausweisen 1416 Säuglinge durch Mord oder Totschlag und 3008 durch Verunglückung ihr Leben geendet haben; von je 1 Million aus bekannter Ursache gestorbener Säuglinge sind rund 2664 auf solche gewaltsame Weise dem Tode zugeführt worden.

Das Leben der Kinder des ersten Lebensjahres ist hiernach, soweit nicht „angeborene Lebensschwäche“ einen frühen Tod bedingte, weitaus am meisten durch Krankheiten der Verdauungsorgane, viel weniger durch ein Leiden der Atmungsorgane und, was die Infektionskrankheiten des Kindesalters betrifft, am meisten durch Keuchhusten bedroht gewesen. Letzterem erlagen angeblich mehr als doppelt so viele wie der Tuberkulose; die Zahl der an Tuberkulose nach den Ausweisen jährlich gestorbenen Kinder des ersten Lebensjahres hat übrigens im Laufe des Jahrfünfts stetig abgenommen, von 5295 im ersten Jahre auf 4106, oder in Verhältnisziffern auf je 1000 Lebendgeborene von 2,6 im Jahre 1906 bis auf 2,15 im Jahre 1910.

Im späteren Kindesalter von 1—15 Jahren starben in den 24 Staaten des Reiches während des Jahrfünfts 353274 Knaben und 346122 Mädchen, zusammen 699396 Kinder, davon 2,4 % aus unbekannter Ursache. Nimmt man an, daß, wie bei der vorletzten Volkszählung, dieser Altersklasse rund 32 % der lebenden Gesamtbevölkerung angehören, so wären auf je 1000 Lebende von 1—15 Jahren jährlich 7,07 gestorben. Die absoluten Zahlen der betreffenden gestorbenen Kinder für die Jahre 1906—1910 waren nacheinander: 147058, 139081, 143105, 140575, 129575, die Zahl der in diesem Lebensalter Gestorbenen ist also — trotz mutmaßlich erheblicher Zunahme der Lebenden — von 286139 während der ersten beiden Berichtsjahre auf 270150 während der letzten beiden Berichtsjahre gesunken.

Von den im Mittel jährlich 136519 aus bekannter Ursache gestorbenen Kindern dieser Altersklasse ist etwa der vierte Teil einer der im kindlichen Lebensalter besonders gefürchteten Infektionskrankheiten: Diphtherie, Scharlach, Masern, Keuchhusten erlegen, denn ausweislich sind von je 1000 aus bekannter Ursache Gestorbenen rund 92 an Diphtherie (einschließlich Krupp), 63—64 (63,5‰) an Scharlach, etwa 54 (53,8‰) an Masern (einschließlich Röteln) und 39 an Keuchhusten gestorben. Mehr als der fünfte Teil aller Todesfälle ist ferner auf Tuberkulose zurückgeführt (10,49%); doch ist hervorzuheben, daß ähnlich wie bei Kindern des 1. Lebensjahres, so auch bei Kindern von 1—15 Jahren im Laufe des Jahrfünfts — trotz der mutmaßlichen Zunahme der Zahl der Lebenden — die Zahl der Tuberkulosetodesfälle von Jahr zu Jahr stetig abgenommen hat, nämlich von 15163 im Jahre 1906 auf 13830 im Jahre 1910.

Etwa der dritte Teil der Todesfälle war ferner durch eine Krankheit der Atmungs- oder Verdauungsorgane verursacht, denn von je 1000 aus bekannter Ursache Gestorbenen sind 147 angeblich einer Lungenentzündung, 65 einer „anderen Krankheit der Atmungsorgane" und 110 einer Krankheit der Verdauungsorgane (einschließlich der ziemlich häufig als Todesursache genannten Blinddarmentzündung mit ihren Folgen) erlegen. Allein diese Blinddarmentzündung hat während der ersten beiden Jahre des Lustrums bei 1411, während der letzten 3 Jahre bei 3178 Kindern zum Tode geführt, insgesamt bei fast 7 von je 1000 Todesfällen. Infolge einer Verunglückung starben im Laufe des Jahrfünfts nicht weniger als 30572 Kinder von 1—15 Jahren; ferner sind in diesem Kindesalter 528 Knaben und 167 Mädchen angeblich durch Selbstmord und 560 Kinder durch Mord oder Totschlag aus dem Leben geschieden. Insgesamt starben auf so gewaltsame Weise 31827 Kinder, also 4,66% aller im beregten Lebensalter gestorbenen.

Das Leben der Kinder im Alter von 1—15 Jahren war hiernach am meisten durch eine Lungenentzündung bedroht, welche wohl oft im Verfolg einer nicht benannten Infektionskrankheit den Tod herbeigeführt haben mag, demnächst durch eine Krankheit der Verdauungsorgane, dann nacheinander durch Tuberkulose, Diphtherie, Scharlach, Masern, Keuchhusten, endlich — noch etwas häufiger als durch Keuchhusten — durch einen Unglücksfall. Grätzer.

Péhu und **Gardère,** Sur un cas d'encéphalite aiguë avec présence du tréponème au niveau des lésions chez un enfant de deux ans hérédo-syphilitique. (Lyon médical 1914, 22. Februar.) Die Beobachtung der Lyoner Ärzte ist eine prinzipiell bedeutsame, die ihr Interesse aus der Tatsache erhält, daß sie zeigt, daß die scheinbar banalste Enzephalitis, deren Morphologie und Entwicklung sich in nichts von im Verlauf der gewöhnlichen Infektionen beschriebenen akuten Enzephalitis unterscheiden, an das Syphilisvirus gebunden sein kann. Sie läßt andernteils erkennen, daß eine solche Enzephalitis klinisch sich durch ein in allen Punkten mit dem einer infantilen Hemiplegie identisches Syndrom äußern kann, und daß die Rolle der Syphilis bei den kindlichen nervösen Manifestationen

weit ausgedehnter ist, als man es sich gemeinhin vorstellt: die syphilitischen Antezedenzien können fehlen, die Stigmata der Erbsyphilis und die Besserung durch die spezifische Behandlung, obwohl die Erbsyphilis im Spiel ist.

Der angezeigte Fall betrifft das 2jährige, durch normale Geburt rechtzeitig geborene, bei der Geburt 3550 g schwere Kind einer seit 4 Jahren syphilitischen Mutter. Die Lähmung setzte ganz plötzlich ein, eines Morgens: die Mutter kleidete das Kind an, als es plötzlich auf den Boden fiel. Beim Aufheben konstatierte man, daß die rechte untere Extremität schlaff war; 2 Uhr nachmittags war es auch die obere Extremität derselben Seite.

Am nächsten Tag Überführung in das Hospital, wo eine rechtsseitige Hemiparese, ohne Störung der Reflexe, konstatiert wurde. Als verdächtige Zeichen im Sinne einer angeborenen Syphilis fand man nur ein schwächliches Aussehen, ein für das Alter ungenügendes Gewicht (8,150 kg) und ein ausgezacktes, verkümmertes Aussehen der mittleren oberen und unteren Schneidezähne. Leber und Milz waren nicht hypertrophisch.

Sofortige Einleitung einer Schmierkur, dann tägliche intramuskuläre Injektionen von 0,004 Hg-Benzoat. Bei dieser Behandlung keine Besserung der Lähmung, die stationär blieb.

18 Tage nach Beginn der Krankheit erlag das Kind einer Bronchopneumonie.

Autopsie: Sehr starke Atrophie des linken Kleinhirnlappens. An der Hirnbasis die deutlichen Merkmale einer Arteriitis: auf eine Ausdehnung von wenigen Millimetern lokalisierte Verdickungen, in deren Bereich das Lumen durch die Wucherung des Endarteriums verengert war. Auf Schnitten durch die linke Hemisphäre eine Reihe disseminierter Herde von Rindenenzephalitis; diese Herde waren sehr zahlreich, meist in der Größe eines dicken Stecknadelknopfes, von ockergelber Farbe, mit sehr feiner hämorrhagischer Stichelung. In deren Bereich war die Hirnsubstanz erweicht. Sie waren deutlich beschränkt auf die graue Substanz der Windungen und ließen die rechte Hemisphäre gänzlich frei.

Die histologische Prüfung dieser Herde zeigt dieselben bestehend aus einer Infiltration von Rundzellen, die in ihrem Zentrum nicht mehr die mindeste Spur von der Struktur der Hirnrinde erkennen ließen.

Auf den nach der Methode von Levaditi mit Silbernitrat imprägnierten Schnitten konnten Spirochäten in großer Anzahl nachgewiesen werden, deutlich lokalisiert im Bereich der enzephalitischen Herde. Sie bilden im Zentrum der Herde richtige Haufen. Einige Haufen finden sich auch im Lumen der blutgefüllten Gefäße. In den Bezirken gesunder Hirnsubstanz, in geringer Entfernung von den enzephalitischen Herden, findet man fast keine.

H. Netter (Pforzheim).

M. Villaret und **P. Descomps,** Ein Fall von Meningitis tuberculosa haemorrhagica. (Gaz. des hôp. 1913 Nr. 59. 27. Mai.) An den durch den Kochschen Bazillus erkrankten Meningen kommen, neben den typischen oder atypischen Reaktionen der Tuberkulose,

mehr oder weniger deutliche hyperämische oder kongestive Prozesse vor. Weit seltener dagegen trifft man bei der tuberkulösen Meningitis eine meningeale Hämorrhagie, die entweder klinisch oder erst bei der. Autopsie gefunden wird. Zwischen diesen beiden Gruppen, der einfachen Hyperämie und der charakterisierten meningealen Hämorrhagie, glauben nun die Autoren eine Form von hämorrhagischer tuberkulöser Meningitis absondern zu können, bei welcher intra vitam in der Spinalflüssigkeit nur einige wenige Erythrozyten gefunden werden, die also nicht gefärbt sein kann, wo aber die Autopsie einen mehr oder weniger starken hyperämischen Prozeß aufdeckt. Einen solchen Fall teilen die Autoren von einem 24jährigen mit. Kurz zusammengefaßt, handelt es sich klinisch um eine durch den Tierversuch verifizierte tuberkulöse Meningitis — bei klarer Flüssigkeit Lymphozytose und zahlreiche Erythrozyten; Übergang dieser Flüssigkeit in eine eitrige, mit polynukleären und roten Blutkörperchen in großer Zahl, nach einer intraspinalen Injektion von Serum Marmorek. Zytologisch demnach eine hämorrhagische tuberkulöse Meningitis. — Die verschiedenen chemischen Reaktionen, welche der Unterscheidung der Exsudate von den Transsudaten dienen sollen (Rivalta, Gangi, Kollargol), fielen während der ganzen Dauer der Beobachtung stets negativ aus.

Anatomisch: Meningeale zerebrospinale Kongestion und Hyperämie, mit Gefäßerweiterungen und stellenweiser Thrombose durch Endarteriitis und Endophlebitis.

Diese Veränderungen waren einem tuberkulösen Prozeß ausgesetzt (Granulationen, diffuse embryonale Infiltration, Käseherde und stellen weise Riesenzellen).

Aus dieser Beobachtung geht hervor, daß es erstens neben den, nach Aussehen der Spinalflüssigkeit und den klinischen Merkmalen der meningealen Hämorrhagie, tuberkulösen hämorrhagischen Meningitiden Fälle gibt, bei welchen die Hyperämie des subarachnoidalen Gewebes und der Pia mater klinisch sich nur durch die histologische Anwesenheit einer wechselnden Menge von Erythrozyten zu erkennen gibt, ohne daß diese zahlreich genug wären, um der Flüssigkeit ein pathologisches Aussehen zu geben.

Und doch weist die anatomische und mikroskopische Untersuchung in solchen Fällen kongestive und hämorrhagische Prozesse der Meningen und, wie hier, der ganzen Rindensubstanz auf. Zweitens, welches auch die klinischen zytologischen und anatomischen Äußerungen dieser besonderen Form hyperämischer tuberkulöser Meningitis sein mögen, sie scheinen an besondere kongestive Eigenschaften des Tuberkelbazillus oder seiner Toxine gebunden zu sein, wenn man sich wenigstens auf die Ergebnisse der Impfung am Meerschweinchen berufen darf, welche in dieser Beobachtung zum Auftreten des gleichen hämorrhagischen Prozesses an Peritoneum und der Bauchorgane führte, wie er bei der Autopsie des Kranken festgestellt wurde. Allgemeine Schlußfolgerungen aus diesem Einzelfall zu ziehen, liegt den Autoren fern; aber er trägt vielleicht zur Kenntnis der Pathogenese dieser hyperämischen Form der tuberkulösen Meningitis bei.

H. Netter (Pforzheim).

H. Gaudier und **P. Gorze,** Lymphangiome kystique abdomino-scrotal rétropéritonéal. (Presse médical 1913 Nr. 46. 4. Juni.) Das 4jährige Kind sollte wegen „rechtsseitiger Leistenhernie“ operiert werden. In der Tat bestand eine Geschwulst der Regio inguino-scrotalis von Umfang und Aussehen einer mittelgroßen Hernie; aber dieselbe war irreduktibel und stark gespannt: die skrotale Partie des Tumors war deutlich transparent. Ein Druck auf das Skrotum übertrug sich auf die rechte Bauchseite, wo ein rundlicher, harter, auf Druck nicht schmerzhafter Tumor zu fühlen war, der den Eindruck eines großen kalten Abszesses machte.

Die wahre Natur des Tumors ergab sich erst bei der Operation, die sehr schwierig war: der Tumor war innig mit der hinteren Bauchwand, mit Niere und Harnleiter verwachsen und reichte bis fast an die Unterfläche der Leber.

Der Tumor hatte eine Länge von ca. 25 cm und 10—12 cm Breite; ein ziemlich langer und dünner Fortsatz des unteren Endes lag im Skrotum. Die Zyste ist unilokulär; das Innere hat durch kleine Scheidewände das Aussehen einer Balkenblase. Die Zyste enthielt (ein Teil war während der Operation durch Einreißen des Sackes abgeflossen) 90 ccm einer sero-fibrinösen, zitronengelben, zähen Flüssigkeit. 22,5 g Eiweiß pro Liter, 0,51 g Harnstoff pro Liter, Fibrin, einige Erythrozyten, 96% Lymphozyten, 40% polynukleäre, nichtflimmernde Zylinderepithelzellen, keine Haken von Echinokokken und keine Spermatozoen. Die mikroskopische Untersuchung der Wand ergab die lymphatische Natur der Zyste; keine Beziehung zum Wolffschen Organ. H. Netter (Pforzheim).

E. Juvara und **E. Hristidi,** Ein neuer operativer Vorgang für die Operation der Syndaktylie. (Revista de chirurgie, Mai 1914.) Die Operation der verwachsenen Finger ist eine sehr einfache und leichte, falls eine etwas breitere Zwischenmembran vorhanden ist, denn dann handelt es sich nur um die Durchtrennung derselben und Anlegung der entsprechenden Nähte. Ist aber die Verwachsung eine straffe, so muß nach Separierung der beiden Finger für die fehlende Haut Ersatz beschaffen werden. Verf. operiert in folgender Weise. Für den einen Finger wird der notwendige Hautlappen durch einen Dorsal- und einen Palmarschnitt von dem anderen abpräpariert und durch Nähte vereinigt. Der nun am zweiten Finger entstandene, ziemlich große Substanzverlust wird durch einen länglichen, der Hüfte entnommenen Hautlappen gedeckt. Man muß diesen Lappen etwa um ein Drittel länger nehmen, als der zu deckende Substanzverlust ist; ferner wird er nicht vollkommen angenäht, sondern an der Fingerbasis freigelassen und ein Drain eingeführt.

E. Toff (Braila).

Felix Missbach, Die moderne Behandlung der chirurgischen Tuberkulose (die Heliotherapie). (Revista stiintzelor med., Mai 1914.) Die schon im Altertume bekannte günstige Einwirkung der Sonnenbestrahlung auf verschiedene Krankheiten hat erst in den letzten Jahren eine ausgedehntere Anwendung gefunden. Namentlich sind es die Tuberkulosen des Kindesalters, welche sehr gute Heil-

resultate geben, und zwar sowohl Knochen- und Gelenktuberkulosen als auch tuberkulöse Adenopathien. Verf. beschreibt seine in Tekir-Ghiol, am Gestade des Schwarzen Meeres, geübte Behandlungsmethode und illustriert dieselbe durch mehrere Photographien. Pottiker werden immobilisiert und redressierend gelagert; ebenso müssen Kinder mit Gelenktuberkulosen in geeigneter Weise in Ruhelage gehalten werden. Die Bestrahlung soll allmählich vorgenommen werden; anfangs nur kleinere Körperteile und kurze Zeit bestrahlt, später die Bestrahlung auf den ganzen Körper ausgedehnt und täglich durch 7—8 Stunden geübt werden. Auf diese Weise vermeidet man am sichersten das Auftreten von Erythemen sowie auch von depressiven Erscheinungen, Herzklopfen usw. Bei Frauen und Mädchen wird die Bestrahlung während der Menstruation ausgesetzt, da sonst oft profuse Blutungen auftreten können. Schwerere Läsionen des Herzens, namentlich Myokarditis, sind eine Gegenanzeige für die Sonnenbestrahlung. Im allgemeinen muß gesagt werden, daß die Heliotherapie eine genaue, tägliche ärztliche Beaufsichtigung verlangt. E. Toff (Braila).

A. Daniel, Beiträge zum Studium der heredo-syphilitischen Zahndystrophien. (Ebenda.) Der Verf. beschreibt eine Familie von Heredosyphilitikern, welche folgendes darbot: Der ältere Sohn, 27 Jahre alt, hatte nur zwei obere Schneidezähne; dieselben waren zwischen dem 2. und 3. Lebensjahre gewachsen, hatten nie gewechselt, und der Mund war sonst zahnlos. Gleichzeitig bestand Sattelnase, dünnes, wolliges Haar, vorzeitige Alopezie, namentlich am Vertex und den Schläfen. Der zweite Sohn, 15 Jahre alt, hat nie einen Zahn gehabt, ferner Sattelnase, vollkommener Mangel der Augenbrauen und Alopezie. Weitere zwei Kinder, ein 13jähriges Mädchen und ein 10jähriger Knabe, hatten nur oben vier spitze, weit auseinander stehende Schneidezähne, waren sonst vollkommen zahnlos; ferner Nanismus, fast vollständiges Fehlen der Augenbrauen und mangelhafter Haarwuchs des Kopfes. Adontismus, wie der beschriebene, vollständig oder fast vollständig auftretend, ist selten.

E. Toff (Braila).

P. G. Skillers (Philadelphia), Ein Fall von Beckenfraktur bei einem 7jährigen Kinde. (New York medical Journal, November 1913.) Packard äußert sich in der „Internationalen Enzyklopädie der Chirurgie" vom Jahre 1884, Bd. IV, S. 91, folgendermaßen: „Beckenfrakturen sind bei Kindern fast ganz unbekannt. Der jüngste Patient, welchen ich an dieser Verletzung zu behandeln Gelegenheit hatte, zählte 16 Jahre." Bryant erwähnt dagegen zweier von ihm an Beckenbruch behandelter Kinder, und einige weitere Fälle finden noch in der Literatur Erwähnung. Da dürfte in Anbetracht der großen Seltenheit dieser Verletzung im kindlichen Alter der folgende Fall einige Beachtung verdienen, welcher am 16. Oktober 1913 in die Universitätsklinik von Philadelphia eingeliefert wurde. Es handelt sich um einen 7jährigen Knaben, welcher am Tage vorher beim Spiele von einem leeren Kasten, welcher zur Aufbewahrung von Kalk diente, an der Regio pubica getroffen worden war. Die Untersuchung ergab: Ekchymosen zwischen den Spinis ant. sup. und der Symphyse sowie

eine fluktuierende Stelle über den Schambeinen. Symptome einer Verletzung der Blase bestanden nicht. Der Knabe vermochte ohne Beschwerde zu gehen und klagte nur über Schmerz bei Druck auf die Schambeingegend. Bimanuelle rektoabdominelle Palpation, bei welcher der Schambogen zwischen den Fingern der untersuchenden Hand gerieben wurde, zeigte wiederum eine gewisse Weichheit, aber keine Unebenheit der Oberfläche des Knochens, auch keine Krepitation oder unnatürliche abnorme Beweglichkeit. Ein kleines Hämatom im Cavum Retzii, dem mit lockerem Bindegewebe gefüllten Raume zwischen Bauchfell und vorderer Bauchwand, war nachzuweisen. Das Röntgenogramm zeigte eine beiderseitige symmetrische Verschiebung der Schambeine bis hinauf zum oberen Rande der Symphyse, welche nach außen und abwärts den Rand des Foramen obturatorium 1,5 cm unterhalb des Schambeinkammes erreichte. Auf der rechten Seite kreuzte die Frakturlinie den tieferen Teil des Foramen obturatorium, einschließlich des Tuber ischii, gerade oberhalb der Verbindung mit der Tuberositas. Auf der linken Seite zeigte sich das Tuber ischii frei. Der Knabe wurde auf einem Frakturbette festgelagert.

Der hier kurz geschilderte Befund deckt sich durchaus mit der klassischen Darstellung Packards: „Wenn das ganze Becken unter einer heftigen, eine zermalmende Wirkung übenden Gewalt zu leiden hat, so mag die eine Seite stärker betroffen werden als die andere. In jedem Falle wird es aber das Os pubis sein, welches in erster Linie betroffen wird, und zwar sein horizontaler Ast, mögen sich auch sonst zwischen Symphyse und Tuber ischii noch andere Verletzungen finden.“

Die Beckenfrakturen kommen im Kindesalter so selten vor wegen der Kleinheit und Elastizität der Beckenknochen und wegen der Geschmeidigkeit der symphysischen und epiphysischen Knorpeleinlagen. Im vorliegenden Falle erwies sich das Trauma stark genug zur Überwindung des von diesen Faktoren dargebotenen Widerstandes, vermochte indessen nur eine mäßig zerstörende und verlagernde Wirkung auf die Beckenknochen auszuüben. Die Abwesenheit aller subjektiven Symptome hat ihren Grund in der subperiostalen Natur der Fraktur. Auch die Harnblase entging der Verletzung, weil sie im Kindesalter im Abdomen liegt; ebensowenig erfolgte eine Zerreißung des Ligamentum triangulare oder der Harnröhre. Wenn nicht das Vorhandensein der Ekchymosen sowie die Weichheit und Fluktuation des Os pubis Veranlassung zur Röntgenuntersuchung des Beckens gegeben hätten, so wäre der Fall sicherlich als Kontusion behandelt worden. Kronecker (Berlin-Steglitz).

Worms et **Hamant,** Les fractures du col du fémur dans l'enfance et dans l'adolescence. (Rev. de chir. T. 46, p. 416ff.) Die Verff. berichten unter Mitteilung einiger eigenen Beobachtungen ausführlich über die Schenkelhalsfrakturen der Kinder und Adoleszenten. Schenkelhalsbrüche kommen, abgesehen von denjenigen im hohen Alter, besonders im Alter von 10—18 Jahren vor, als direkte Brüche (durch Fall auf den Trochanter) und als indirekte durch

brüske Gelenk- oder aktive brüske Muskelbewegungen. Das Trauma ist oft nur gering (Fehltritt, Tanz, Reifensprung usw.). Ob eine prädisponierende Weichheit der Knochen vorher vorhanden gewesen sein muß, lassen die Verff. dahingestellt. — Die Schenkelhalsbrüche der Kinder sind komplett, inkomplett oder subperiostal. Man unterscheidet am besten nach dem Verlauf der Frakturlinie intertrochantere und subkapitale Brüche. Erstere sind im Gegensatz zum Alter beim jugendlichen Individuum häufiger. Die Infraktionen führen häufig zu Coxa vara. Pseudarthrosenbildung kommt auch bei Kindern vor, ist aber selten, selbst bei echter Fraktur. Da gerade bei den Infraktionen die ersten Erscheinungen gering und daher die Frühdiagnose schwer ist, so ist die Röntgenographie bei irgendwie verdächtigen Fällen sofort heranzuziehen. Die traumatische Entstehung der Coxa vara gründet sich auf plötzliches Auftreten, heftige, aber schnell verschwindende Schmerzen im Beginn, Einseitigkeit der Affektion. Coxa vara kommt, wenn nicht von vornherein Heilung ohne Deformität erreicht wird, entweder sofort oder sekundär allmählich zustande; im Gefolge der kindlichen Schenkelhalsfraktur gibt es ferner Wachstumsstörungen des Femur, Arthritis coxae, häufig hypertrophische Kallusbildung.

Bei der Behandlung geht man am besten nach Whitman vor, indem man bei echten Brüchen in maximaler Abduktion bei Einwärtsrotation extendiert. Nur bei den subkapitalen Brüchen, bei denen die Adaption nicht zu erreichen ist, darf operiert werden, und zwar mittels der Nagelung entweder ohne oder nach Eröffnung des Gelenks. — Ist der deform geheilte Bruch nicht älter als 2 Monate, dann soll das unblutige Redressement versucht werden. Von den blutigen Operationen, die bei definitiver Deformation mit funktionellen Störungen in Frage kommt, ist aus praktischen Gründen jede das Gelenk selbst angehende Operation zu vermeiden. Häufiger empfiehlt sich die subtrochantere Osteotomie, weiterhin die transtrochantere Osteotomie. Die Resektion des Trochanter major wurde mehrfach von Froehlich bei Anstoßen desselben an den oberen Pfannenrand vorgenommen.

Ist es zu einer Pseudoarthrose gekommen, so wird man, im Falle der Patient gehfähig geworden ist, nicht mehr eingreifen.

Peltesohn (Berlin).

Mann, Über die Diagnose der Tuberkulose im Säuglingsalter. (Vorgetr. auf d. V. Kongr. böhm. Ärzte zu Prag 1914; Časopis čes. lékařůr 53. 1914 S. 1555 [böhmisch].) Bei Säuglingen läßt sich, wenn wir z. B. aus der Katamnese Verdacht auf Tuberkulose schöpfen, die Tuberkulose am sichersten mit der Pirquetschen Reaktion nachweisen: die positive Reaktion spricht ausschließlich für Tuberkulose und ist tatsächlich in allen Fällen von genannter Erkrankung positiv, die negative schließt mit gleicher Sicherheit die Tuberkulose aus; nur bei schweren Komplikationen andern Charakters kann die Reaktion bei tatsächlich vorhandener Tuberkulose negativ ausfallen. Auch die Röntgenologie unterstützt wesentlich die durch genannte Reaktion gestellte Diagnose. Die Pirquetsche Reaktion empfiehlt sich am wärmsten für die allgemeine Praxis.

Jar. Stuchlík.

Aage Bojesen (Däne), Ein Fall von halbseitiger multipler Chondromatosis (Ollierscher Wachstumsstörung). (Aus der Kinderabteilung des Reichshospitals.) (Hospitalstidende 1914 Nr. 33 u. 34.) Es handelte sich um ein 6jähriges Mädchen, das ein durchaus halbseitiges Leiden des Knochensystems hatte, aus multiplen Knochenchondromen bestehend. Der Fall war dem ersten Fall, den Ollier als Dyschondroplasie veröffentlichte, ganz ähnlich, und im Gegensatz zu Frangenheim ist der Verf. mit Wittek darin einig, daß es sich um eine charakteristische Krankheit handelt, die unter den multiplen chondromatösen Leiden eine Sonderstellung einnimmt.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Aage Berntsen (Däne), Ist die Bindehaut der Neugeborenen steril? (Aus der Entbindungsabteilung B des Reichshospitals.) (Ugeskrift for Läger 1914 Nr. 35.) Der Verf. untersuchte durch eine anscheinend einwandsfreie Technik 40 Fälle. Nur in 4 Fällen war die Bindehaut steril. Die in den 36 Fällen gefundenen Mikroben waren Cocci, Stäbchen und Blastomyzeten. Es ließ sich nicht bestimmt entscheiden, in welchem Teil des Geburtsweges die Inokulation stattfindet.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

v. Behring (Marburg): **Das neue Diphtherieschutzmittel TA.** Einige Fälle, welche nach der TA-Behandlung einen hohen Blutantitoxingehalt bekommen hatten, zeigten bei wiederholten Antitoxinbestimmungen nach anfänglich relativ starkem Schwund später eine viel langsamere Abnahme des Antitoxingehaltes, so daß gegenwärtig noch ein Multiplum von derjenigen Menge im Blut kreist, welches dazu ausreicht, die epidemiologische Diphtherieinfektion unschädlich zu machen. Im ganzen wurden mehr als 1000 Schutzimpfungen unter genauer klinischer Kontrolle ausgeführt und 2000 Fälle mit nicht so genauer klinischer Untersuchung. v. Behring hofft, daß bei konsequenter Durchführung des TA-Verfahrens die Diphtherie ebenso vermieden werden kann, wie seit Jenner mit den Pocken es überall gelungen ist, wo systematisch und sachverständig vakziniert wird. Keine von den tausenden Einzelapplikationen hat einem Impfling geschadet. Doch reagieren auf kleine Bruchteile von einer Dosis, welche für Neugeborene in der Regel ganz indifferent ist, ältere Personen, namentlich Kinder im schulpflichtigen Alter, cft sehr stark, sowohl infolge spezifischer als auch nichtspezifischer Überempfindlichkeit gegenüber dem TA. Ganz außerordentlich groß war diese bei den von Hagemann untersuchten tuberkulösen und skrofulösen Individuen. v. Behring möchte daher bis auf weiteres die Knochen- und Drüsentuberkulose, die lymphatische Diathese und andere diathetische Zustände mit Hautüberempfindlichkeit gegenüber der intrakutanen Injektion von im allgemeinen indifferenten Lösungen als Kontraindikation für die Diphtherieschutzimpfung erklären. Die intrakutane Applikation ist zur Antitoxinproduktion und Immunisierung durchaus geeignet und bedarf einer Ergänzung durch nachfolgende subkutane bzw. intramuskuläre Injektion nicht. Für nichtsensibilisierte Fälle hat mindestens eine zweimalige Impfung stattzufinden. Der erstmaligen Injektion fällt dann die Rolle der Sensibilisierung zu. Nun tritt sie erfahrungsgemäß nicht früher als nach 10—14 Tagen ein; die zweite Impfung ist daher nach einem Zeitintervall von nicht weniger als 10 Tagen erst auszuführen. Individuen mit $^1/_{100}$—$^1/_{20}$fachem Normalblut sind genügend gegen Diphtherie geschützt. Kein einziger von den zahlreichen Bazillenträgern, welche mit TA geimpft worden sind, erkrankte an Diphtherie.

Diskussion. Hahn (Magdeburg): Auf Grund von 140 klinisch nach jeder Richtung untersuchten Fällen verfügt Vortr. über folgende Erfahrungen: Gegen-

wärtig wird ausschließlich die intrakutane Methode bevorzugt, da sie eine exakte Kontrolle zuläßt über die mutmaßliche Höhe der von jedem Individuum ohne unangenehme Nebenerscheinungen ertragenen Dosen. Gemeinsam mit Dr. Sommer wurden drei Methoden ausgeführt. — 1. Methode: Am 1. und 11. Tage je eine Injektion, und zwar am 1. Tage $^1/_{10}$ einer dreifachen Verdünnung des Präparates MM 1, bzw. des gleichwertigen MM 8. Die zweite Dosis wird nur dann verdoppelt oder verdreifacht, wenn auf die erste Impfung keine Reaktion aufgetreten ist. Bei der 2. Methode werden am 1., 3. und 5. Tage steigende Mengen des Gemisches injiziert bis zu einer deutlichen Lokalreaktion von mindestens 2—3 cm Durchmesser des Infiltrats. Dazu waren ungefähr 1 ccm des Gemisches MM 1 notwendig. Eine 3. Methode stellt eine Kombination der beiden ersten dar. Wenn nämlich nach der 2. Methode verfahren war und am 3. und 5. Tage die erste Dosis bis zu der schon geschilderten Reaktion schon gesteigert ist, so wird am 11. Tage die Höchstdosis der ersten Impfung wiederholt. Impfschäden wurden in keiner Weise beobachtet; in wenigen Fällen traten Kopfschmerzen, in einem Falle leichte Temperatursteigerung auf. Die antitoxischen Nachprüfungen wurden vor der Immunisierung und dann am 11. und 21. Tage vorgenommen. Am 11. Tage gab die 2. und 3. Methodik schon gute Resultate. Es fanden sich 5, 10 und 15 Einheiten im Kubikzentimeter Serum. Dagegen waren die Resultate der ersterwähnten Methode recht unregelmäßig. Bei der serologischen Prüfung am 21. Tage war der Antitoxingehalt nach der 2. Methode fast ausnahmslos gestiegen. Die Kombinationsmethode ergab aber gleichmäßig hohe Serumwerte bis zu 200 Einheiten im Kubikzentimeter. Die Versuche beziehen sich fast ausschließlich auf Erwachsene über 17 Jahre. Drei Patienten, die vor nunmehr 10 Monaten immunisiert wurden, besitzen jetzt noch 1—3 Immunitätseinheiten im Kubikzentimeter Serum, also mehr als 100faches Multiplum des durchschnittlich ausreichenden Antitoxingehaltes.

Menzer (Bochum) hebt die Bedeutung des sozialen Milieus für den Verlauf der Infektionskrankheiten hervor. (31. Deutscher Kongreß f. Inn. Med. 1914.)

O. Beck (Wien): **Meningitis suppurativa, Extraduralabszeß der hinteren Schädelgrube nach eitriger Tonsillitis.** Bericht über ein 7jähriges Kind, bei dem aus scheinbar bester Gesundheit plötzlich unter schweren meningealen Symptomen eine Lähmung des Trigeminus, Abduzens, Fazialis, Cochlearis und Vestibularis auftraten. Hohes Fieber. Außer diesen auf einen basalen Prozeß in der linken hinteren Schädelgrube hindeutenden Symptomen war der übrige Nervenbefund vollkommen negativ. In Differentialdiagnose kam eine Polyneuritis cerebralis menieriformis auf rheumatischer Basis, ferner jene Art der Heine-Medinschen Erkrankung, die vorwiegend mit zerebralen Erscheinungen einhergeht. Und schließlich mußte man auch an eine beginnende tuberkulöse Meningitis denken. Die Lumbalflüssigkeit stand unter normalem Druck, war klar, im Zentrifugat fanden sich spärlich Lymphozyten und keine Bakterien. Ohne daß sich am Krankheitsbild etwas geändert hätte, starb das Kind am 14. Krankheitstag. Die im moribunden Zustand ausgeführte Lumbalpunktion ergab polynukleäre Leukozyten und massenhaft Streptokokken. Bei der Obduktion fand sich linkerseits eine eitrige Tonsillitis; von dieser ausgehend ein retro-suprapharyngealer Abszeß, der an der Schädelbasis den Knochen seiner ganzen Dicke nach eingeschmolzen und einen Extraduralabszeß in der linken hinteren Schädelgrube bewirkt hatte. Der Knochendefekt ist durch Einschmelzung eines Teiles des Os occipitale, sphenoidale und petrosum entstanden. Eitrige Meningitis in der Cysterna chiasmatis und cerebellomedullaris. — Merkwürdig ist an diesem Falle vor allem der völlig symptomlose Verlauf des retro-suprapharyngealen Abszesses, der erst klinische Symptome verursachte, als er gegen die Schädelbasis durchgebrochen war.

Manasse (Straßburg): **Ostitis chronica metaplastica mit Stapesankylose.** $3^1/_2$jähriges Kind. Vortr. demonstriert die Schnitte von den Felsenbeinen eines $3^1/_2$jährigen Kindes, welches zwar normal gehört hatte, aber mikroskopisch ausgesprochene otosklerotische Knochenveränderungen an der Prädilektionsstelle des ovalen Fensters mit partieller Stapesankylose zeigte. Es fanden sich in den Herden fast ausschließlich Neubildungsvorgänge, sehr wenig Resorptionserscheinungen. Am interessantesten war die Grenzzone, an welcher in sämtlichen Schnitten überhaupt keine Osteoklasten zu finden waren. Überall zeigte sich, daß der alte



Knochen lediglich durch Vordringen der osteoiden Substanz zum Schwinden gebracht wurde.

Haenlein (Berlin): **Der Taubstumme in medizinischer (otologischer), medizinisch-statistischer Hinsicht in Deutschland und anderen Staaten.** 1. Die obligatorische Schulpflicht ist für ganz Deutschland zu erstreben. Es ist dann bessere Möglichkeit zur Klärung wissenschaftlicher Fragen des Taubstummenwesens gegeben. 2. Die beamteten Ärzte sind für die Untersuchung schulpflichtiger taubstummer Kinder vorzubilden. 3. Eine für Deutschland uniforme Bestimmung der Hörgrenze, bis zu welcher Kinder in Taubstummenanstalten (bzw. Schwerhörigenklassen) gehören, ist zu erstreben. Wünschenswert ist Klassifikation der Taubstummen nach Hörresten. Da in den Taubstummenanstalten einzelner Bundesstaaten Kinder sind, die in Schwerhörigenschulen, sogar Schulen für schwachsinnige Kinder gehören, können statistisch und in der Beurteilung der Schulleistung falsche Bilder entstehen. 4. Aufgaben des Schularztes der Taubstummenanstalten als Hygieniker, Arzt, Ohren-, Nasen- und Halsarzt. 5. Der große Wert der kontinuierlichen Tonreihe für die Taubstummenforschung bzw. Otologie, ihr geringerer Wert für den Lehrer. Die Bemühungen der Beschaffung von Schläfenbeinen verstorbener Taubstummer, die in vivo mit der Tonreihe untersucht waren, sind zu verstärken. 6. Die staatliche und die nichtamtliche medizinische Statistik des Taubstummenwesens in Deutschland. 7. Statistisch bearbeitet oder zu bearbeiten sind: a) Ursache der Taubstummheit. b) Schädelbildung bei vor der Geburt Ertaubten (Kopfmaße, Zähne, Gaumenbildung). c) Ohr, Auge, Sprachwerkzeuge und ihre Funktion. d) Sprache, Sprachfehler (phonetische Fragen). e) Brustumfang, Vitalkapazität. f) Größe, Gewicht, rohe Kraft. g) Tast-, Vibrationsgefühl. h) Psyche, Nervensystem, geistige Fähigkeiten. 8. Taubblinde. 9. Hinweise auf diese Fragen in außerdeutschen Staaten.

(XXIII. Versammlung der Deutschen otologischen Gesellschaft, Kiel, 28. bis 29. Mai 1914.)

Langstein (Berlin): **Vorbeugende Maßregeln gegen die Tuberkulose im Säuglingsalter.** Vortr. faßt seine klaren und überzeugenden Ausführungen in folgende drei Vorschläge zusammen: 1. Gemäß dem Efflerschen Vorschlag ist überall dort, wo Tuberkulose- und Säuglingsfürsorgestellen bestehen, die Isolierung der Säuglinge in der Familie anzustreben. Das erfordert innige Zusammenarbeit zwischen Tuberkulose- und Säuglingsfürsorge auf der ganzen Linie; die Schwestern beider Einrichtungen müssen zu einem gegenseitigen verständnisvollen Hand-in-Hand-Arbeiten herangebildet werden. 2. Das Herausheben der Säuglinge aus dem tuberkulösen Milieu sofort nach der Geburt ist trotz aller Schwierigkeiten immer wieder zu versuchen. Die Neugeborenen sind aber wegen der zu befürchtenden Ernährungsstörungen nicht sofort in gesunde Familien, aufs Land usw. herauszugeben, sondern zunächst in Säuglingsheime oder Säuglingskrankenhäuser aufzunehmen und erst nach Monaten in Außenpflege zu bringen. 3. Der an sich geringen Gefährdung durch perlsuchthaltige Milch haben gesetzliche Maßnahmen und die Volksaufklärung über Behandlung der Milch vorzubeugen; insbesondere ist daran festzuhalten, daß nur gekochte Milch für die Kinderernährung verwendet werde.

Diskussion. Umber (Berlin) bestätigt nach seinen Beobachtungen im Krankenhaus Westend, daß Säuglinge, die tuberkuloseinfiziert sind, auch klinisch erkranken und zu 80% an Tuberkulose sterben, während im 11.—14. Lebensjahr nur ein Drittel der Infizierten eine klinisch manifeste Tuberkulose bekomme. Er hält deshalb im Säuglingsalter jeden Kampf gegen den Infekt für aussichtslos. Die Isolierung im Milieu werde durch beschränkte Wohnungsverhältnisse meist unmögich gemacht.

v. Drigalski (Halle) weist darauf hin, daß die negative Pirquet-Reaktion beim Säugling nicht zuverlässig genug sei, um daraus mit Sicherheit auf das Fehlen einer Tuberkuloseinfektion schließen zu können. Ob die Isolierung in der Familie die optimistische Auffassung berechtigt, bleibt abzuwarten. Der Vorschlag Baginskys bedeutet einen Fortschritt für die Praxis.

Baginsky (Berlin): Der Vorschlag, die Tuberkulose- und Säuglingsfürsorge zu vereinigen, ist gut; doch erscheint es fraglich, ob die Säuglingsfürsorgestellen für die Masse der gefährdeten Kinder ausreichen. Die Stätten, in denen Kinder vom 6. Lebensmonat untergebracht werden, sind nicht kostspielig, wenn sie in

der Nähe der großen Städte geschaffen werden. Die Beseitigung der Ansteckungsgefahr im tuberkulösen Milieu ist illusorisch. Die Tuberkulosebekämpfung muß unbedingt im Säuglingsalter beginnen.

Bruck und Steinberg (Breslau) schildern die Breslauer Einrichtungen: die Fürsorgeschwestern bereiten die Unterbringung von Neugeborenen tuberkulöser Mütter bereits vor der Geburt vor. Säuglinge werden in das städtische Säuglingsheim, ältere Kinder in Pflegestationen untergebracht. Die Mittel — jährlich 10000 M. — sind durch den Wohlfahrtsetat, nicht durch die Armenverwaltung, zur Verfügung gestellt. Als 5. Fürsorgearzt ist ein Pädiater angestellt.

Bielefeld (Lübeck) bespricht die Kostenaufbringung und verweist auf die Bestimmung der RVO., wonach die LVA. in Form der Waisenfürsorge Geldmittel für Kinder bis zum 15. Lebensjahre an Stelle der Waisenrente aufwenden können. Das ist mit Genehmigung des RVA. auch möglich für tuberkulöse Kinder aus Familien Versicherter, wenn die Gemeinden den gleichen Beitrag zu gewähren sich bereit erklären. So haben die LVA. der Hansestädte jährlich 20000 M. und die Städte Hamburg, Lübeck und Bremen den gleichen Betrag bereitgestellt, um tuberkulosegefährdete Kinder in gesunden Familien auf dem Lande, schulpflichtige Kinder in Heimen mit Unterrichtserteilung unterzubringen.

Beschorner (Dresden) hat die Beobachtung gemacht, daß ein isoliertes und isoliert gehaltenes Kind am Ende des zweiten Jahres durch den Besuch der tuberkulösen Mutter infiziert wurde.

Dohrn (Hannover): Die Unterbringung der Kinder auf dem Lande erfolgt oft nicht sorgfältig genug, gelegentlich sogar in tuberkulösen Familien. Ein resistenzerhöhendes Mittel sei das Stillen der Säuglinge, weil sie dadurch vor Rachitis geschützt werden. Gegen das generelle Verbot, daß tuberkulöse Mütter ihre Kinder stillen, müsse Front gemacht werden.

Im Schlußwort lehnt Langstein diese Auffassung strikte ab, da ein Schutz durch Frauenmilch nicht erwiesen, dagegen die Gefahr der Infektion des Säuglings beim Stillakt sicher gegeben ist. Er begrüßt die Kostenaufbringung durch die Stadt Breslau und die LVA. der Hansestädte und betont nochmals die Notwendigkeit, das Kind so früh als möglich aus der tuberkulösen Umgebung herauszuheben, denn die Säuglinge vor der Tuberkulose schützen, heißt die Nation schützen!

(Ausschuß-Sitzung d. Deutschen Zentralkomitees z. Bek. d. Tuberkulose, Berlin, 4. u. 5. Juni 1914.)

Josef Koch (a. G.): **Experimentelle Rachitis bei Hunden.** Redner injizierte zumeist jungen Hunden Kulturen in die Vene und erzielte mit Streptokokkus (longus sive erysipelatis) eine kurzdauernde Enteritis und Gelenkschwellungen mit sterilem Exsudat, als Ausdruck einer Entzündung der Epiphysenfuge. Alles dies geht meist rasch zurück; aber es bleibt eine Wachstumsstörung, die in allen Punkten an die Rachitis erinnert: Verbiegungen, Verkrümmungen der Extremitäten, Anschwellung der Gelenke, blöder Gesichtsausdruck, Schädelverdickung werden an verschiedenen von den 80 Versuchstieren demonstriert und durch Vorführung der normalen Kontrollen erläutert. Alle Tiere haben einen typischen Rosenkranz. (Berliner mediz. Gesellschaft, 3. Dezember 1913.)

Pollack: **Doppelseitiges Colobom der Oberlider bei einem Knaben.** Es fehlt die innere Oberlidhälfte vollständig. An entsprechender Stelle spannen sich Gewebsstränge von der Bindehaut auf die Hornhaut nach Art eines Pterygiums hinüber. In der inneren Hälfte fehlen die Haare der Augenbraue. Nach der Mitte der Oberlider zieht sich beiderseits eine Haarlinie über die Stirn herab. Bemerkenswert ist die vollständige Symmetrie der Anomalie. Vortr. wendet sich gegen die Annahme, daß hier amniotische Stränge für die Abnormität anzuschuldigen wären. (Berliner Ophthalmol. Ges., 26. Februar 1914.)

Kindborg: **Beobachtungen über das natürliche Vorkommen von Rachitis bei Hunden.** Bei der Aufzucht rassereiner deutscher Schäferhunde edelster Abstammung erkrankte vom ersten, 9 Köpfe starken Wurf ein Junges (Weibchen) unter den Symptomen der Rachitis; vom zweiten Wurf, der von einem anderen Vater herrührte und 11 Köpfe stark war, erkrankten unter gleichen Erscheinungen wiederum 3 Junge, und zwar sämtlich Weibchen. Dabei waren die Aufzucht-

bedingungen die denkbar besten, so daß die in den Lehrbüchern der Human- und Veterinärmedizin immer noch als ätiologische Faktoren der Rachitis besprochenen ungünstigen Einflüsse, wie Mangel an Licht und Luft, an Futter und an Bewegung, hier unbedingt auszuschließen waren. Beide Würfe waren überdies von dem sehr kräftigen Muttertier lange gesäugt worden. Vielmehr ist nach Ansicht des Vortragenden die Annahme eines hereditären Momentes nicht von der Hand zu weisen. Demonstriert wurde einer der Hunde, bei dem die Krankheit im 3. Lebensmonat ausgebrochen war und der eine Verbiegung der Vorderarmknochen, eine Auftreibung der Epiphysen und den rachitischen Rosenkranz deutlich erkennen ließ. Immerhin soll die Identifizierung der abnormen Vorgänge am Skelettsystem weiteren Untersuchungen, insbesondere röntgenologischen und histologischen, vorbehalten bleiben.

(Niederrhein. Ges. f. Natur u. Heilk., Bonn, 9. Febr. 1914.)

Nordheim: **Hirschsprungsche Krankheit.** Vortr. stellt einen 10 Monate alten Patienten aus dem Hamburger Säuglingsheim vor, bei dem sich während des Aufenthaltes in der Anstalt aus anderen Krankheitsgründen die charakteristischen Merkmale der Hirschsprungschen Krankheit herausgebildet haben. Wie es manchesmal vorkommt, sind sie auch in diesem Falle zur Zeit der ersten Darreichung von gemischter Kost aufgetreten. Das Kind zeigt eine starke Auftreibung des Leibes, den sogenannten Ballonbauch, und leidet an hochgradiger Obstipation; dazu ist sicht- und fühlbare Peristaltik vorhanden. Vortr. führt die als Ursache für die Entstehung des Krankheitsbildes in Betracht kommenden verschiedenen Möglichkeiten an und erläutert, wie bei diesem Patienten eine Abknickung des Darmes im Bereich der Flexura sigmoidea vorliegt. Die klinische Diagnose einer derartigen mechanischen Behinderung der Darmpassage ist durch die Röntgenaufnahme bestätigt worden. Vortr. demonstriert das eindeutig charakteristische Röntgenbild und spricht dann über die zweifelhafte Prognose und die Therapie der Erkrankung. Bei dieser müsse man, wenn Maßnahmen wie regelmäßige Sondeneinführung, Einläufe, Bauchmassage, Elektrisierung usw. nicht zum Ziele führten, rechtzeitig an die Vornahme einer Operation, am besten die Resektion des erweiterten Kolon, denken.

Römer: **Milzexstirpation bei hämolytischem Ikterus und bei perniziöser Anämie.** Vortr. demonstriert ein 11 jähriges Kind, bei dem wegen hämolytischem Ikterus die Milz exstirpiert worden war. Die Gelbfärbung der Haut hatte von der Geburt an bestanden, war zeitweise nur gering gewesen, aber anfallsweise besonders stark aufgetreten. In der körperlichen und geistigen Entwicklung war das Kind zurückgeblieben. Lues lag nicht in der Familie vor. Nach der Anamnese und dem objektiven Befund (Hautfarbe, Milztumor, typischer Blutbefund, Resistenzverminderung der Roten) handelte es sich um einen hämolytischen Ikterus. Da innere Mittel usw. versagten, wurde die Milz exstirpiert. Schon wenige Tage nachher begann der Ikterus zu verschwinden, das Blutbild zeigte eine starke plastische Wucherung des Knochenmarkes an. Nach 6 Wochen war die Resistenz der roten Blutkörperchen normal. Seit der Operation andauernde Besserung. Jetzt Blutbefund in jeder Beziehung normal. Das Kind ist körperlich und geistig frischer. Weiter berichtet Vortr. über Milzexstirpation bei perniziöser Anämie. In einem Falle handelte es sich um eine 55 jährige Dame, die im letzten Jahre zweimal mit günstigem Resultat wegen derselben Krankheit behandelt worden war. Bei der Wiederaufnahme hatte sie nur 10% Hämoglobin und $1^1/_2$ Millionen Erythrozyten. Durch das Fehlen von kernhaltigen roten Blutzellen und von Polychromasie deutete das Blutbild auf eine Lähmung der Knochenmarksfunktion hin. Auf Arsen trat diesmal eine Besserung nicht ein; daher wurde die Milzexstirpation ausgeführt. Die Folge war eine starke Neubildung von jungen Knochenmarkszellen, Rückgang der Poikilozytose, Auftreten von Polychromasie und von massenhaften kernhaltigen roten Blutzellen. Damit ging eine deutliche Besserung des subjektiven und objektiven Allgemeinbefindens einher. Vier Wochen nach der Operation konnte die Kranke täglich schon 1—2 Stunden aufstehen. Leider dauerte der Fortschritt nur etwa 6 Wochen an; seither ist ein Stillstand in dem Befinden eingetreten. Dem entspricht auch der Blutbefund. Zwar beträgt der Hämoglobingehalt des Blutes jetzt 35% (die Zahl der roten Blutkörperchen hat sich nicht vermehrt), aber es fällt jetzt im Blutbild auf der rasche Rückgang der Polychromasie und der kernhaltigen roten Zellen, dagegen die wieder verstärkte Poikilozytose und Anisozytose. Seit mehreren Wochen ist der Zustand

stationär geblieben. — Auch in einem zweiten Fall von perniziöser Anämie bei einem 37jährigen Mann, der bereits Blutungen im Augenhintergrunde zeigte, trat nach der Operation eine augenfällige Besserung des Allgemeinbefindens und des Blutbefundes im gleichen Sinne wie im ersten Falle ein. Die Besserung schreitet noch immer weiter; seit der Operation sind erst 14 Tage vergangen. Das Resultat der Milzexstirpation in dem Falle von Icterus haemolyticus scheint die Angaben zu bestätigen, wonach die Krankheit durch die Operation geheilt werden kann. Bei der perniziösen Anämie führt die Entfernung der Milz eine starke Blutkrise herbei. Damit geht wenigstens vorübergehend eine subjektive und objektive Besserung des Befindens einher. Die Prognose wird dadurch nicht geändert. Für die Praxis scheint sich nach den bisherigen Erfahrungen zu ergeben, daß in Fällen, bei denen auf andere Weise die Blutneubildung nicht angeregt werden kann (Arsen), die an und für sich geringfügige Operation zu empfehlen ist. Um eine Heilung kann es sich dabei nicht handeln; aber bei der hoffnungslosen Lage der Kranken wird auch eine vorübergehende Erleichterung begrüßt werden.

(Ärztl. Verein in Hamburg, 17. Februar 1914.)

Peiper: **Persistente Tetanie.** $3^1/_2$jähriger Knabe, der an einer chronischen Ernährungsstörung seit seinem 1. Lebensjahre leidet. Sämtliche Symptome sind in erheblichem Grade ausgesprochen.

Grawitz: **Dolichozephalie, verbunden mit starkem Hydrozephalus.** Ein 2 Monate alter Knabe war an vereiterter Spina bifida lumbosacralis mit nachfolgender eitriger Spinalmeningitis gestorben. Das Schädeldach war lang, sehr schmal und hoch, da der größte Teil der Pfeilnaht und beide Lambdanähte durch prämature Synostose verknöchert waren. Ein starker Hydrozephalus hatte deshalb nur die vordere Fontanelle an der Verknöcherung gehindert; sie klaffte auf 2—3 cm. Im Gebiete der Scheitelbeine waren zahlreiche Ossifikationsdefekte durch Abschmelzung der Tab. interna entstanden, die fensterartig längs der Pfeil- und Lambdanähte angeordnet waren. Die Falx cerebri war rudimentär. Die sehr dünnwandigen Großhirnhemisphären waren nur vorn im Stirnteil trennbar, weiterhin völlig zusammengewachsen.

Adolph Hoffmann: **Multiple kartilaginäre Exostosen.** Demonstration eines $4^1/_2$jährigen Knaben, der wegen Verdickung am unteren Abschnitt des linken Unterschenkels in die Klinik gebracht wurde. Bei genauerer Untersuchung, auch mit Röntgenaufnahmen, stellte sich eine große Zahl Exostosen heraus, nämlich am rechten Humerus oben, linken Humerus in der Mitte, linken Radius unten, linken Scapula (unterer Winkel), rechten und linken Femur unten, rechten Tibia oben, linken Tibia oben und unten, rechten Fibula oben und unten, linken Fibula oben; ferner an einigen Rippen, sowie eine Exostose an der rechten Beckenseite oberhalb der Pfanne. Auch die Mutter des Kindes, die heute erscheinen sollte, aber nicht erschienen ist, hatte multiple Exostosen. Sonst ist von Exostosenbildung in der Familie nichts bekannt; der Vater ist frei. Die Krankheit tritt häufig hereditär bzw. familiär auf und wird manchmal schon in den ersten Lebenswochen, gewöhnlich im 3.—4. Lebensjahr, bisweilen später (erst im 21. Lebensjahr) bemerkt. Nach den Ansichten vieler ist sie nicht kongenital, nach denjenigen anderer, besonders Franzosen, kongenital. So schreibt Reulos, daß eine (79jährige) Frau mit Exostosen in der Nähe beider Kniegelenke geboren war und daß vier Enkel von ihr Exostosen an den unteren Extremitäten bei der Geburt hatten. Das Wachstum der multiplen kartilaginären Exostosen erreicht sein Ende mit dem Knochenwachstum, im Gegensatz zu den Enchondromen, die auch später noch wachsen und bösartig werden können und außerdem mehr die kurzen Röhrenknochen an Hand und Fuß befallen. Das Vorkommen von Übergangsstadien oder Kombinationen beider Erkrankungsformen ist selten. Die Anordnung der multiplen kartilaginären Exostosen ist ziemlich symmetrisch, ihre Zahl sehr variabel. Mit Vorliebe werden befallen oberer Humerus, distaler Radius und die Gelenkenden an Femur, Tibia und Fibula, der Schädel hingegen nur selten, ebenso das distale Humerusende. Besonders auffallend ist die Wachstumsstörung am Ellbogengelenk, wo infolge Zurückbleibens der Ulna im Wachstum der Radius sich nach oben verschiebt, neben dem Gelenk gewissermaßen fingerförmig hervorwächst. Herzfeld hält diese Verrenkung des Radius für funktionell, bedingt dadurch, daß die Kinder beim Herumkriechen sich auf die Hände stützen. Hereditäre multiple Exostosen sind auch am Tier beobachtet (Otto). Der Sitz der Exostosen an den Röhrenknochen ist die Stelle zwischen Diaphyse und Epiphyse.

Während die Knorpelknochengrenze vorrückt, behält die Exostose ihren ursprünglichen Sitz am Knochen. Daher sieht man z. B. in dem vom Votr. vorgestellten Falle die Exostose am rechten Humerus etwa in der Mitte an der Außenseite. Die Exostosen wachsen auf Kosten des übrigen Knochens, weshalb die Exostosen gewöhnlich klein sind. Bezüglich der Ätiologie sind die Ansichten noch sehr geteilt. Für Lues bieten sich kaum irgendwelche Anhaltspunkte. Cutillet nimmt mit besonders französischen Autoren einen wachstumsstörenden Einfluß hereditär-tuberkulöser Intoxikation an. Von anderen wird die Rachitis als Ursache angesehen. Dem wird, wie mir scheint mit Recht, von vielen, z. B. Pels-Leusden, Ritter u. a., widersprochen. Zwar läßt sich nicht leugnen, daß in vielen Fällen Rachitis und multiple kartilaginäre Exostosen vergesellschaftet sind, jedoch beweist dieses Zusammentreffen nicht, daß letztere die Folge ersterer sind. Während man mikroskopisch bei Rachitis eine verbreiterte Verknöcherungszone mit osteoiden Bälkchen, starker Vermehrung der Gefäße und Knorpelzellen findet, ist bei multiplen kartilaginären Exostosen die Verknöcherungszone schmal, ohne alle eben genannten Erscheinungen. Ritter hat neuerdings die Erkrankung mit der inneren Sekretion der Schilddrüsen in Zusammenhang gebracht, auf Grund der Beobachtung einer Exostosenfamilie, bei der das einzige exostosenfreie Kind eine Basedowsche Krankheit hatte. Hoennicke hatte auf Grund von Experimenten am Tier angenommen, daß die Osteomalazie eine hyper-, die Rachitis eine hypothyreotische Krankheit sei. In seiner Ansicht von Zusammenhang der Exostosenbildung mit der Schilddrüse sah Ritter sich noch bestärkt durch die Tatsache, daß die Exostoten häufig geistig nicht ganz normal sind. Gottstein jedoch konnte einen Exostotenpatienten vorstellen, der deutliche Basedowsymptome hatte. Über den Exostosen können sich, besonders an Knie und Hüfte, Schleimbeutel und in diesen auch freie Körper finden. Von seltenen Komplikationen seien nur erwähnt: Kompressionsmyelitis, Aneurysmabildung, Geburtshindernis. Innere Therapie mit Schilddrüsenbehandlung oder Behandlung mit Röntgenstrahlen erfolglos. Ein chirurgischer Eingriff kommt außer bei den genannten selteneren Komplikationen nur in Frage bei störender mechanischer Behinderung. (Mediz. Verein Greifswald, 21. Februar 1914.)

Risel: **Zur Frage der sogenannten galligen Peritonitis ohne Perforation der Gallenwege.** Nach Besprechung der bisherigen Literatur berichtet Vortr. über einen solchen Fall bei einem $6^1/_2$jährigen Knaben, der einige Tage, nachdem er sich in der rechten Leistenbeuge etwas gestoßen hatte, abends plötzlich mit heftigen Schmerzen zunächst in der Oberbauchgegend und mehrfachem Erbrechen erkrankt war, nachdem er noch den ganzen Nachmittag im Freien gespielt hatte. Am nächsten Morgen starke Druckempfindlichkeit in der Magengegend; Unterbauchgegend frei. Die schnell zunehmende Verschlimmerung des Allgemeinzustandes und die Lokalisation der Schmerzempfindung in der rechten Bauchgegend lassen am nächsten Tage mehr an Appendizitis denken. Bei einer Inzision in der Ileozökalgegend quillt reichliche gelblich-gallig aussehende Flüssigkeit hervor, auf den Därmen gallig-grüne Auflagerungen, der Wurmfortsatz zeigt nur leichte peritoneale Injektion, wie auch der übrige Darm. Ein Medianschnitt zeigt am Netz einige Fettgewebsnekrosen, namentlich in der Gegend des Pankreaskopfes, läßt aber weder an der Gallenblase noch an den Gallengängen von einer Perforationsöffnung etwas erkennen. Kulturen vom Peritonealexsudat bleiben steril. Tod am Abend des dritten Krankheitstages. Die Sektion (S. N. 94/13) ergibt auf dem Peritoneum ziemlich verbreitete Beschläge von zum Teil intensiv gallig-braun verfärbten Fibrinauflagerungen, besonders in der rechten Bauchhälfte, läßt aber auch von einer Perforationsöffnung an den Gallenwegen oder am Duodenum zunächst nichts auffinden. Nur erscheint die Serosa an der Unterfläche der Gallenblase in einem durch einen rötlichen Saum begrenzten Bezirk von $3^1/_2$: 2 cm etwas matt und getrübt und die ganze Wand hier ziemlich stark geschwollen. Nachdem von der Papilla duodenalis aus nach Einbinden einer Kanüle unter ganz geringem Druck etwas Wasser in den Ductus choledochus eingespritzt ist, sickert etwa nach 1—2 Minuten innerhalb des getrübten Bezirkes der Gallenblasenwand gallige Flüssigkeit durch; eine deutliche Perforationsstelle läßt sich aber auch jetzt äußerlich nicht erkennen. Bei Eröffnung der durch Formolinjektion gehärteten Gallenblase kommt an deren Innenfläche innerhalb des geschwollenen Bezirkes ein mit bloßem Auge eben noch erkennbares Löchelchen in der Schleimhaut zum Vorschein. An Serienschnitten ergibt sich eine

totale Nekrose der Gallenblasenwand innerhalb des geschwollenen und äußerlich etwas matt und getrübt erscheinenden Bezirkes, aber ohne Beteiligung von Mikroorganismen. Dem kleinen Loch in der Schleimhaut entspricht auch mikroskopisch ein deutlicher Defekt bis zur Submucosa; die sämtlichen Bindegewebs- und muskulären Elemente der Gallenblasenwand sind hier durch einen gallig-fibrinösen Erguß, der massenhaft Gallenblasenepithel eingeschlossen zeigt, weit auseinander gedrängt; eine deutliche Perforationsstelle der Serosa ist aber auch an den Serienschnitten nicht zu finden gewesen, obwohl die feinen Fibrinauflagerungen auf dem Peritonealüberzug der Gallenblase schon hier und da einzelne Reihen von Gallenblasenepithel eingeschlossen zeigen. Innerhalb des nekrotischen Bezirkes sind die Äste der Arterie und Vene der Gallenblasenwand thrombosiert, und zwar augenscheinlich im Anschluß an eine Ruptur der Wand, deren muskuläre und elastische Elemente etwa an der Hälfte des Umfanges der Gefäße weit auseinander gerissen sind. Es handelt sich also hier nach allem um eine Gangrän der Gallenblasenwand ohne bakterielle Infektion im Anschluß an eine Infarzierung derselben im Gefolge einer wahrscheinlich traumatischen Ruptur und dadurch bedingten Thrombose von A. und V. cystica; die Gefäßruptur scheint gelegentlich des Stoßes in die rechte Unterbauch- und Leistengegend entstanden zu sein. (Zwickauer mediz. Gesellsch., 3. März 1914.)

Seidenberger: **Dystonia musculorum deformans (Oppenheim).** Zehnjähriger Knabe russisch-jüdischer Herkunft mit eigenartigen Bewegungsstörungen. Auch bei Rückenlage niemals vollkommene Muskelruhe. Der Kopf wird zeitweise seitlich gedreht. In den Fingern vorübergehend athetotische Bewegungen, choreiforme Zuckungen in den Beinen, rotierende Bewegungen beider Unterschenkel, meist starke Plantarflexion beider Füße, häufig spontane Babinskistellung der großen Zehen, auffallende Lordose, die auch in Bauchlage bestehen bleibt. Bei Bewegungen verstärkt sich im allgemeinen die Muskelunruhe, dadurch Erschwerung der beabsichtigten Bewegungen, am stärksten im Bereich des rechten Armes; soll Patient den für gewöhnlich proniert gehaltenen rechten Vorderarm supinieren, so wird dieser stets stark gebeugt, der Oberarm wird maximal adduziert und einwärts rotiert, die Hand geht in extreme Pronationsstellung. Beim Gehen und Stehen tritt die Lordose am stärksten hervor, das Becken wird geneigt, die beiden Oberschenkel werden stark nach innen rotiert. Keine Atrophien, keine Paresen, elektrisches Verhalten der Muskulatur intakt, keine Kontrakturen, keine Spasmen, keine fibrillären Zuckungen. Sensibilität intakt, Reflexe normal, nur die Patellarreflexe etwas lebhaft; kein Babinski, kein Fußklonus.

(Mediz. Gesellschaft, Leipzig, 12. Mai 1914.)

III. Therapeutische Notizen.

Eine billige Gehhülse empfiehlt San.-Rat Dr. P. Köhler (Kinderheilstätte Bad-Elster). Für Kranke, bei denen es sich darum handelt, ein Bein ruhigzustellen und zu entlasten, hat sich ihm seit Jahren eine einfache Gipsgehschiene bewährt, die rasch und billig herzustellen ist und sich der Körperform gut anpaßt. K. hat sie zunächst in der orthopädischen Praxis speziell für die Zwecke der Krüppelfürsorge angewandt, bei denen die Preisfrage für Bandagen eine Rolle spielt, und bei denen es darauf ankam, die Bandage abnehmbar und luftig zu machen. Es kamen in erster Linie Fälle von tuberkulösen Hüft- und Kniegelenksentzündungen in Frage. Nehmen wir an, es handelt sich um ein Kind mit Hüftgelenksentzündung im subakuten Stadium, so verfährt K. folgendermaßen: Er biegt sich aus Bandeisen von 4 mm Stärke, 15 mm Breite, entsprechend den Konturen des Beins, eine Schiene zurecht, die auf der Außenseite bis in die Taille reicht, an der Innenseite bis zum Beinspalt, den Fuß in Form eines Gehbügels überragt. Diese Bandeisenschiene umwickelt er mit einer Mullgipsbinde. Inzwischen wird der Patient in eine Kopfschwebe gehängt, das gesunde Bein belastend, während das kranke über dem Boden schwebt. Die Schiene wird von einem Assistenten an das Bein angehalten. K. fertigt Gipsbindenstreifen an, doppelt so lang als der halbe Umfang. Es wird zunächst der obere Streifen

entsprechend der Gesäßfalte dem Körper angelegt und von der Innenseite her um die beiden Schienen herumgeschlagen. Der Streifen wird so anmodelliert, daß er einen guten Entlastungssitz abgibt. In ähnlicher Weise wird ein zweiter Streifen oberhalb des Knies und ein dritter an der Wade angebracht. In kurzer Zeit ist der ganze Apparat hart, so daß er abgenommen werden kann. Man braucht 10 Minuten zum Anbiegen des Bandeisens, 10—12 Minuten zur Umwicklung und Herstellung der Schiene. Wenn die Bandage trocken geworden ist, wird sie entweder mit einer Nesselbinde an das Bein angewickelt, oder es werden zwei Stoffstreifen mit Schnürösen für die Vorderseite der Schienen angenäht, am oberen Ende der Außenschiene am Hüftgurte. Wenn eine Extension erwünscht ist, so gipst man beim Umwickeln des Bandeisens an der Innen- und Außenschiene oberhalb des Gehbügels einen Ring ein, durch welchen die Bänder einer Streckgamasche gezogen werden können. Anstatt des Schwebehanges läßt sich die Schiene natürlich auch bequem im Liegen anpassen. Die Schienen sind recht haltbar. Bei den Kindern, die sich mit ihnen den ganzen Tag im Freien tummeln und nicht schonend mit ihnen umgehen, halten sie monatelang; es muß höchstens einmal der Sitzring verstärkt oder ersetzt werden, wenn der Gips in dieser Stelle ausgekrümelt ist. (M. Kl. 1915 Nr. 17.)

Beitrag zur Verwendung von Eisen-Elarson-Tabletten. Von Prof. Dr. G. Brühl (Berlin). Die Eisen-Elarson-Tabletten erinnern äußerlich an die moderne Darreichungsform französischer Firmen. Es sind kleinste Tabletten, die sich bequem nehmen lassen und — von schokoladeartigem Geschmack — auch von Kindern gern genommen werden. Man steigert allmählich die Dosis. B. hat seine Patienten in den ersten 8 Tagen 3mal täglich 1 Tablette im Anschluß an die Mahlzeiten nehmen lassen; in den darauffolgenden 5 Tagen 3mal täglich 2 Tabletten. Nach Ablauf dieser Zeit wird die Zahl auf 3 × 3 erhöht und letztere Gabe insgesamt 20 Tage beibehalten. Kinder im Alter von 8—14 Tagen erhalten 1—3mal täglich 1 Tablette nach den Mahlzeiten. Nunmehr wird eine Pause von etwa 1 Woche eingeschaltet, danach der Zyklus in gleicher Weise fortgeführt. Bei Verwendung von 9 Tabletten täglich würde die Medikation pro die noch nicht 50 Pf. kosten, da jedes Gläschen 60 Tabletten enthält. Höhere Dosen sind nicht nötig. Die Wirkung des Präparates äußert sich in Zunahme des Blutfarbstoffes, durch eine geregelte Verdauung, einen reichlichen Appetit, dementsprechend auch Gewichtszunahme und allgemeines Wohlbefinden. B. hat in seiner Spezialpraxis oftmals Veranlassung, Arsen und Eisen innerlich anzuwenden. Kinder und Erwachsene z. B. mit exsudativen Mittelohrkatarrhen, mit adenoiden Vegetationen, hypertrophischen Mandeln, Lymphdrüsenschwellungen, chronischen Ekzemen der Nase und Ohren, anämischem Aussehen und Schwächezuständen nach Operationen oder bei schlecht heilenden Wunden, ferner Patienten mit häufigen Rezidiven von Mittelohrentzündungen, mit Schwindel und Ohrensausen bei Anämie, Chlorose, Nervosität, nervöser Schwerhörigkeit und Lues werden im allgemeinen durch Arsen und Eisen günstig beeinflußt. In zahlreichen solchen Fällen hat B. seit längerer Zeit neben oder nach der üblichen Lokaltherapie daher auch die Eisen-Elarson-Tabletten angewandt, und immer mit dem gleichbleibenden Eindruck, daß das allgemeine Befinden wie der lokale Befund dadurch sicher, und ohne irgendwelche unangenehme Nebenerscheinungen hervorzurufen, günstig beeinflußt wurden. (Ther. d. Gegenw. April 1915.)

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

20. Jahrgang. **Juli 1915.** Nr. 7.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

R. Hess, Zur Behandlung der Pylorusstenose des Säuglings. Zschr. f. Kindhlk. 9. S. 19—26. Die Sterblichkeitsziffer bei interner Behandlung beträgt 46%, die der operativen 54%. Verf. meint, daß die hohe Mortalität der Operierten darauf beruht, daß die ungünstigsten Fälle zur Operation kommen und daß unzweckmäßige Operationsmethoden zur Anwendung gelangen. Die beste Methode ist die Methode von Weber in der Ausführung nach Ramstedt. Sie besteht ganz kurz darin, daß der hypertrophische Pylorusring quer zu den Ringfasern, also Schnittführung in der Richtung des Darmes, vorsichtig durchtrennt wird, ohne daß man das Lumen der Schleimhaut eröffnet. Der Pylorusring klafft, und die zusammengefaltete Schleimhaut tritt in die entstehende Lücke ein, ihr Lumen entfaltend. Das Abdomen kann über dem nicht vernähten, versenkten Pylorus per primam verschlossen werden. Verf. berichtet über zwei in dieser Weise spezifische Fälle mit günstigem Verlauf.

Schick.

H. Hintzelmann, Klinischer Beitrag zur Frage der spezifischen Nephritis bei Erbsyphilis. (Ebenda. 9. S. 27—42.) Verf. weist auf die Wichtigkeit der Harnuntersuchung bei erbsyphilitischen Kindern hin. Unter 41 Fällen von hereditär syphilitischen Säuglingen fanden sich bei 14 Kindern Formbestandteile im Harn, die für eine Nephritis charakteristisch sind. Von 28 Kindern der tertiären Periode der Lues hatten nur 3 eine Nephritis.

Schick.

Götzky, Der physiologische Blutzuckergehalt beim Kinde nach der Mikromethode von Bang. (Ebenda. 9. S. 44—63.) Diese Methode erlaubt Bestimmungen mit geringer Blutmenge. Sie wurde an über 100 klinisch gesunden Kindern vorgenommen. Sie erstrecken sich auf das größere Kindesalter. Bemerkenswert ist, daß im Säuglingsalter am 5. und 6. Lebenstage der höchste Blutzucker gefunden wurde. Der mittlere Blutzuckergehalt beträgt in den ersten Lebenstagen 0,085, im 1. Lebensjahre 0,095 und steigt in den folgenden Jahren auf 0,102.

Schick.

H. Bing und **O. Windelöw,** Blutzuckerbestimmungen bei Kindern. (Ebenda. 9. S. 64—71.) Die Untersuchungen zeigen, daß der Blutzuckergehalt des Blutes und seine Schwankungen nach der Mahlzeit und unter pathologischen Zuständen sich bei Säug-

lingen genau so verhalten wie bei Erwachsenen. Der Blutzuckergehalt ist 1 Stunde nach der Mahlzeit am größten und fällt im Laufe der folgenden Stunden. 12 Stunden nach der Mahlzeit ist der Zuckergehalt sehr niedrig. Schick.

Michio Kasahara, Zur Frage der Spezifität der kutanen Tuberkulinreaktion nach v. Pirquet. (Ebenda. 9. S. 72—84.) Zur Entscheidung dieser Frage hat Verf. histologische Untersuchungen durchgeführt, deren Ergebnisse mit Sicherheit für die spezifische Natur der Tuberkulin- und Diphtherietoxinhautreaktion sprechen. Seine Schlußsätze lauten:

Die Papeln bei der kutanen Tuberkulinimpfung nach v. Pirquet sind histologisch von ziemlich spezifischer Art (Auftreten von Langhansschen Riesenzellen, Lymphozyteninfiltrationen um Gefäße usw.). Daß die Mitteilungen über die pathologische Anatomie der Tuberkulinpapeln sehr oft voneinander abweichen, beruht wohl darauf, daß die Autoren nicht gleichaltrige Papeln in verschiedenen Stadien des Prozesses untersucht haben.

Das Auftreten von Langhansschen Riesenzellen, die man bei alten Tuberkulinpapeln ziemlich konstant finden kann, ist durch den spezifischen Reiz von Tuberkulin bedingt; dabei scheint die langdauernde Einwirkung von Toxin eine große Rolle zu spielen. Eine Reihe von Kindern antworten auf die kutane Einimpfung von Diphtherietoxin mit einer gesetzmäßig verlaufenden Reaktion. Die Reaktion ist eine streng für das Diphtherietoxin spezifische. Die Gewebsreaktionen in einer Diphtherietoxinpapel zeichnen sich histologisch durch starke Veränderung der Gefäße (Verdickung der Intima, Erweiterung und Füllung der Gefäße usw.) und fibrinöse Entzündung des Coriums aus. Zwar verhalten sich das Aussehen und die Stärke der Hautreaktion auf Tuberkulin, Diphtherietoxin und Atoxyl makroskopisch sehr ähnlich; dennoch ist histologisch jedesmal ein augenfälliger Unterschied zu konstatieren. Aus den histologischen Befunden ergibt sich, daß die Kutanreaktion nach v. Pirquet mit Sicherheit als eine spezifische anzusehen ist. Schick.

E. Rach, Über die Vorzüge der rechten Seitenlage bei der radiologischen Untersuchung des Säuglingsmagens. (Ebenda. 9. S. 116.) Sie ist für den Untersuchten relativ bequem und erleichtert wesentlich die Darstellung des Corpus und der Pars pylorica ventriculi, ihrer Gestalt und ihrer peristaltischen Bewegungen. Sie erleichtert ferner den Nachweis des beginnenden Übertrittes der Kontrastmahlzeit ins Duodenum und die Darstellung dieses Darmabschnittes. Sie erleichtert ferner wesentlich die Bestimmung der Austreibungszeit des Magens und den Nachweis der am weitesten im Darm vorgedrungenen, zuerst aus dem Magen entleerten Anteile der Kontrastmahlzeit.

Dem radiologischen Nachweis tiefer (einschnürender oder zusammenpressender) Peristaltik am Corpus des Magens und verzögerter Magenentleerung scheint neben den anderen klassischen Symptomen bei Pylorusstenose (Pylorospasmus) diagnostischer und prognostischer Wert zuzukommen. Schick.

Di Cristina und Dr. **G. Caronia,** Serologische Untersuchungen bei der infantilen Leishmaniosis. (Ebenda. 9. S. 128.) Leishmaniosis ist in Süditalien ziemlich häufig beobachtet worden und verläuft klinisch unter dem Bilde der Anaemia splenica. Der die Erkrankung hervorrufende Parasit erzeugt bei Hunden eine analoge Erkrankung. Der Erreger ist kultivierbar und wird durch Milz- oder Drüsenpunktion gewonnen. Vorliegende serologische Untersuchungen beschäftigen sich mit der Frage der Identität des Erregers der Erkrankung bei Hund und Mensch, sowie mit Pathogenese, Diagnose und Therapie der Erkrankung. Die erste Frage konnte nicht entscheidend beantwortet werden. Von serologischen Untersuchungsmethoden in bezug auf die Diagnostik ergab sich, daß mit Leishmania parasitenvorbehandelte Meerschweinchen bei Injektion von Serum solcher Individuen, die an Leishmaniosis litten, deutliche Anaphylaxiesymptome zeigten. Therapeutisch wurde aktive Immunisierung mit steigenden Dosen des Nukleoproteids oder Glyzerinextrakt Leishmanscher Parasiten versucht; 2 Kinder wurden während 20 Tagen behandelt und wesentlich gebessert entlassen, 5 Kinder stehen noch in Behandlung, zeigen aber deutliche Besserung.

Schick.

Iwamura, Einige Beobachtungen über Spasmophilie in Japan. (Ebenda. 9. S. 145.) An der Universitätskinderklinik von Kioto untersuchte Verf. 102 Kinder (im Alter von 3 Monaten bis zu 3 Jahren) im Frühjahr galvanisch, und fand in keinem einzigen Falle eine Kathodeneröffnungszuckung unter 5 Milliamperen. Zwei dieser Kinder litten an leichter Rachitis. Toymaken, eine Provinz an der Nordküste Japans, ist bekannt dafür, daß dort Rachitis endemisch ist. Verf. führte dort klinische Untersuchungen an 174 Kindern aus: 36 davon hatten Symptome von Rachitis. Galvanisch untersuchte er 43 Kinder in Toyomaken und fand hier die Kathodenöffnungszuckung unter 5 Milliamperen in 2 Fällen, welche beide auch Zeichen von Rachitis aufwiesen.

Daraus ist zu schließen, daß auch in Japan die Spasmophilie mit der Rachitis in nahem Zusammenhang steht. v. Pirquet weist in einer Bemerkung darauf hin, daß diese Untersuchungen des Verf.'s für das Verhältnis von Rachitis und Tetanie von großer Wichtigkeit sind. Sie sprechen vollständig für die Annahme von Kassowitz, daß beide Krankheiten Manifestationen der gleichen Noxe sind.

Schick.

Armin Katzenberger, Puls und Blutdruck bei gesunden Kindern. (Ebenda. 9. S. 167.) Verf. bringt unter Berücksichtigung der Literatur ausführliche Berichte über eigene Untersuchungen. Die höhere Pulsfrequenz des Kindesalters führt Verf. ebenfalls auf das freiere Spiel der Herzautomatie in dieser Lebensepoche zurück. Der Blutdruck bei Kindern ist niedriger als beim Erwachsenen. Die Blutdruckhöhe steigt ganz allmählich an. Einfluß auf Blutdruck haben die Körpergröße, Körpergewicht und Geschlecht, Körperlage, der Schlaf, die Tageszeit, die psychische Erregung, die Nahrungsaufnahme, die Flüssigkeitsaufnahme, Körperbewegungen, die Atmung, Bäder usw.

Schick.

H. Rosenhaupt, Kasuistischer Beitrag zur Vererbungsfrage bei der akuten Leukämie. (Kind. A. 1915 Nr. 4.)

Ein 20 Monate altes, gut entwickeltes, mehrere Monate gestilltes Mädchen, Kind gesunder Eltern, erkrankt aus vollem Wohlbefinden heraus an einem Mumps. Er verläuft normal, das Fieber schwindet nach wenigen Tagen, und es bleibt nur eine leichte Schwellung der Kieferwinkeldrüsen zurück. Nach 8 Tagen wird Verf. wieder gerufen; das Kind habe eine Mundentzündung und verweigere feste Nahrung, gleichzeitig macht man ihn auf leichte Schwellung der rechten Leistendrüse aufmerksam. Man kann eine ulzeröse Stomatitis mit vereinzelten Zahnfleischblutungen feststellen. Sonst fällt an dem Kind nichts Besonderes auf; es ist gut gelaunt, zeigt normalen Schlaf und reichliche Nahrungsaufnahme.

Nach 2 Tagen wird Verf. wieder gerufen, das Kind sei unruhig und klage über Leibschmerzen. Die Besichtigung ergibt im Mund ausgedehnte Schleimhautblutungen, ebenso blutunterlaufene Stellen an den Augenlidern, über den Brauen und an beiden Schienbeinen. Der Leib ist aufgetrieben und druckempfindlich, es wird schwarzer Blutstuhl entleert. Die Körpertemperatur ist fieberhaft über 39 Grad. Verf. faßt den Zustand als eine sekundäre Sepsis nach Parotitis auf und macht die Eltern auf das Bedrohliche des Zustandes aufmerksam. Prof. von Noorden, als Konsiliarius hinzugezogen, tritt der Diagnose bei und möchte es nur dahingestellt sein lassen, ob es statt eines septischen nicht etwa nur ein sekundärer toxischer Zustand sein könne, der naturgemäß dann eine aussichtsvollere Prognose ergäbe. Nachdem man der Mutter diese Ansicht mitgeteilt hatte und ihr auf die Frage, woher die Blutungen kämen, erklärte, es handele sich um eine Zersetzung des Blutes durch Bakterien oder deren Gifte, teilt sie mit, daß ihre Mutter vor 2 Jahren an einer akuten Leukämie gelitten habe und durch Röntgenbehandlung geheilt worden sei. Dieser Hinweis veranlaßte sofort eine Blutuntersuchung, und Verf. erhielt vom Kgl. Institut für experimentelle Therapie den Bescheid, „es handele sich um einen der schwersten Fälle akuter Leukämie, die sie je gesehen hätten“. Noch am selben Tage verschlimmerte sich der Zustand rapid, unter profusen Darmblutungen und Erscheinungen der Dyspnoe trat noch am selben Tage der Exitus ein.

Man hatte es hier also nicht mit einer septischen oder toxischen Erkrankung zu tun, sondern mit einem der denkbar schwersten Fälle akuter Leukämie. Es mag dahingestellt bleiben, ob nicht septische Erkrankungen mit Blutungen häufiger, als man gemeinhin annimmt, akute Leukämie sind; im obigen Fall hat erst der Hinweis auf die abgelaufene Erkrankung der Großmutter die Blutuntersuchung veranlaßt. Daß es sich bei der Großmutter, deren Tochter einen durchaus gesunden Eindruck macht, nicht um eine akute, sondern eine chronische Leukämie gehandelt hat, ist wohl ohne Zweifel, sonst hätte die Röntgenbehandlung bei ihr keinen und erst recht keinen nachhaltigen Erfolg haben können. Aber wir müssen annehmen, daß sie ihre dysämische Konstitution durch die Tochter hindurch auf das Enkelkind vererbt hat, und daß auf der Basis dieser „Krankheitsbereitschaft“ durch die Parotitis eine akute Leukämie schwerster Form ausgelöst worden ist. Ob das Virus der Parotitis im vorliegenden Fall sich durch besondere Beschaffenheit ausgezeichnet hat, ob es in abnormer Weise seinen Weg in die Blutbahnen genommen hat, ob eine Korrelation zwischen Parotis und Ovarium, worauf die Leistendrüsenschwellung vielleicht hinweist, im weiteren Zusammenhang die blutbildenden Organe berührt hat, das alles sind Fragen, die sich hier, wo eine Obduktion nicht vorgenommen werden konnte, auch nicht in ihren Elementen erörtern lassen.

Praktisch lehrt uns der Fall eines: den Erblichkeitsverhältnissen über die Elterngeneration hinaus sein Interesse zuzuwenden; denn

es ist nicht ausgeschlossen, daß derartige Kinder mit dysämischer Belastung im Laufe ihres Lebens diese Konstitution verlieren, und daß man daher schon viel für sie tut, wenn man sie in den ersten Jahren ihres Daseins vor akuten Infektionskrankheiten, die solch schwere akute Bluterkrankungen bei ihnen auslösen können, behütet.

Grätzer.

von la Hausse (Rosenheim), Ein Fall von Masern mit schweren nervösen Symptomen. (Ebenda.)

Es handelte sich um ein Mädchen von 8 Jahren. Dasselbe erkrankte am 7. Juni mit Husten, Müdigkeit, Augenentzündung. An diesem Tage legte es sich zu Bette.

Als Verf. am 8. das Kind zum ersten Male besuchte, fand er beiderseits ausgesprochene Bindehautentzündung, Husten mit vereinzelten bronchitischen Geräuschen, mäßiges Fieber von 38°. Die nächsten Tage hielt dieser Zustand an. Am 12. war der charakteristsche Masernausschlag am ganzen Körper vorhanden. Fieber 39°. Am 12. abends wurde Verf. plötzlich gerufen mit der Angabe, das Kind habe mittags einen Stickanfall bekommen, außerdem habe es angefangen mit den Armen zu schlagen, die Füße dagegen seien ganz steif und ausgestreckt gewesen. Verf. findet das Kind bei vollem Bewußtsein, auf Anreden antwortet es schnell und richtig; fordert man es auf, sich aufzusetzen, so tut sie es sofort ohne jede Beihilfe. Die Arme sind in beständiger Bewegung, das Kind vermag dieselben nicht ruhig zu halten; die Füße dagegen sind steif und gestreckt. Verf. mißt in der Achselhöhle eine Temperatur von 40,5°. Ableitung auf den Darm durch Kalomel, Einreibung von grauer Salbe bringen keine Änderung hervor. Am 13. nachmittags beginnt im Kopfe ein Zittern sich einzustellen; der Kopf kann nicht ruhig gehalten werden, sondern befindet sich in ständiger zitternder Bewegung. Patientin ist bei vollem Bewußtsein, gibt schnelle Antworten und setzt sich selbständig auf. Kein Erbrechen. Während der Nacht treten stoßende Bewegungen im ganzen Körper auf. Am 14. hält dieser Zustand an. Arm und Kopf befinden sich in beständiger zitternder Bewegung; das Zittern des Kopfes ist so stark, daß dadurch das Sprechen beeinflußt wird, dasselbe hat etwas Zitterndes, Stoßendes. Die Pupillen sind ad maximum dilatiert. Temperatur 40°. Die Füße sind ruhig und steif. Am 15. früh haben die zitternden Bewegungen im Kopfe und in den Armen bedeutend nachgelassen, es stellt sich allmählich ein soporöser Zustand ein, in welchem nachmittags der Exitus letalis erfolgt.

Grätzer.

Hans Barasch, Zehn Jahre Scharlachstatistik. (Aus der II. Inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses am Urban in Berlin.) (D. m. W. 1915 Nr. 1.) Die Statistik umfaßt 1438 Fälle. Die Mortalität beträgt im Durchschnitt 6,6% = 95 Fälle. Ein Mittel, die Krankheitsdauer irgendwie zu beeinflussen, konnte nicht gefunden werden; auch für Rotlicht gilt dies. Als Prophylaktikum gegen Nephritis wurde von Anfang an Urotropin gegeben; ein Effekt wurde dadurch — ebenso wie von Darreichung von Liq. kalii acetici und Laxantien — nicht erzielt. Nephritis wurde in 232 Fällen (= 16,1%) beobachtet, von denen 14 (= 6%) starben. Die Erfolge des Diphtherieserums bei den Mischinfektionen von Scharlach und Diphtherie waren recht gering. Die Gesamtmortalität betrug noch 22,8%. Zur Beseitigung der Bazillen, besonders auch bei Bazillenträgern, schien sich noch der Pyozyanasespray am besten zu bewähren.

Grätzer.

Leonhard Voigt, Die Brauchbarkeit des mit Äther behandelten Kuhpockenimpfstoffes. (Ebenda. 1915 Nr. 2.) Aus den fünf Versuchsreihen lassen sich die folgenden Schlüsse ziehen:

1. Ein nach Fornet soeben mit Äther entkeimter Kuhpockenstoff vermag noch eine brauchbare Reaktion zu liefern. Alle Versuche der Verimpfung eines mit Äther geschüttelten, etwas länger aufbewahrten Impfstoffes haben zu brauchbaren Ergebnissen nicht geführt.

2. Ein mit Äther geschüttelter Kuhpockenstoff, der im Äther bleibt, verliert seine vakzinale Kraft etwas später, als wenn man den Äther gleich nach dem Schütteln durch Abdunsten entfernte.

3. Auch in den durch vorheriges Verreiben aufgeschlossenen Rohstoff, einerlei, ob dieser feucht verrieben oder schon getrocknet und fein gepudert mit dem Äther in Berührung kam, erlischt die Kraft der Vakzine frühzeitig.

4. Die Keimfreiheit eines mit Äther behandelten Kuhpockenstoffes kann nach dem Abdunsten des Äthers wieder verloren gehen, sowohl bei der Aufbewahrung des Stoffes im trocknen Zustande als auch, wenn mit einer indifferenten Flüssigkeit, z. B. Bouillon, begossen.

5. Der Einführung des Ätherstoffes steht nicht nur die Unwirksamkeit des Stoffes, sondern auch die Umständlichkeit seiner Zubereitung und die ganz ungenügende Ausnutzung des verfügbaren Materials hinderlich im Wege.

Demnach bietet die nach Fornet mit Äther behandelte Vakzine weder einen ausreichend haftsicheren, noch dauerhaft aufbewahrbaren, noch bequem verimpfbaren (weil krümelig), noch erträglich billigen Impfstoff. Der mit Äther behandelte Kuhpockenstoff ist also für das öffentliche Impfwesen leider unbrauchbar. Grätzer.

C. A. Kling, Technik der Schutzimpfung gegen Varizellen. (Aus dem Allgem. Kinderkrankenhause in Stockholm.) (B. kl. W. 1915 Nr. 1.) Die „Varizellation" hat sich als gutes Schutzmittel erwiesen. Der Impfstoff wird einem vollkommen gesunden Kinde aus einer frischen Effloreszenz entnommen und wird wie bei der Kuhpockenimpfung appliziert. Man mache sechs Impfschnitte, weil in der Regel einige doch versagen. Grätzer.

H. Kleinschmidt, Über die Calcariurie der Kinder. (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Berlin.) (Ebenda. 1915 Nr. 2.) Als Calcariurie (Phosphaturie) bezeichnet man die durch längere Zeit hindurch mit einiger Konstanz bestehende Ausscheidung eines trüben, oft milchig getrübten Harns, der beim Sedimentieren einen weißen, aus kohlensaurem und phosphorsaurem Kalk zusammengesetzten Niederschlag erkennen läßt. Dieses Symptom ist so auffallend, daß es selbst dem Laien nicht zu entgehen pflegt.

Mit dem Namen Calcariurie ist das Hauptcharakteristikum des Zustandes genannt; denn dieses besteht in einer Vermehrung der Kalkausscheidung durch den Harn, während sich die Phosphorsäuremenge in normalen Grenzen hält. Die Gesamtkalkausscheidung ist dabei freilich gegenüber der Norm unverändert. Je höhere Kalkwerte nämlich der Urin aufweist, um so geringere Kalkmengen werden im Stuhl gefunden.

Nun pflegen gewisse Allgemeinerscheinungen die Calcariurie zu begleiten, Symptome neurogener Natur: Schlaflosigkeit, Kopfweh,

Verschlossenheit, Blässe, Schweiße, Hautjucken, Leibschmerzen, Erbrechen, Durchfälle, hystero-epileptische Anfälle. Diese Symptome sind bei den Kindern gewöhnlich schon lange vor Auftreten der Calcariurie vorhanden; die Kinder tragen von frühester Jugend an die charakteristischen Züge der Neuropathen, sind Abkömmlinge nervöser Eltern, oft als einzige Kinder erzieherisch mangelhaft beeinflußt.

Verf. beschreibt 2 Fälle, ein 10jähriges und ein 4jähriges Kind betreffend. Beide verloren ihre Calcariurie sofort, als sie in klinische Beobachtung kamen. Das zeigt am besten, daß es sich um eine neurogene Störung handelt und daß der Milieuwechsel die beste Therapie dagegen ist. Grätzer.

Max Rothmann, Über familiäres Vorkommen von Friedreichscher Ataxie, Myxödem und Zwergwuchs. (Aus dem Berliner städtischen Krankenhaus Gitschiner Straße.) (Ebenda.) Verf. fand bei einem 15jährigen Mädchen doppelseitigen Hohlfuß, Wirbelsäulenverkrümmung und ataktischen Gang. Die Diagnose wurde auf eine Friedreichsche Ataxie gestellt. Da diese Krankheit in der Regel eine familiäre ist, so wurde die ganze Familie, soweit sie erreichbar war, untersucht. Der Vater, Arbeiter, 56 Jahre alt, soll vollkommen gesund sein. Von drei älteren Schwestern von 23, 22 und 20 Jahren konnte Verf. die älteste untersuchen, die völlig gesund ist. Auch die beiden anderen sollen gesund sein. Dagegen zeigten die Mutter und der 18jährige Bruder auffällige Störungen. Bei der Mutter wurde Myxödem nach der Menopause konstatiert.

Der Bruder bildet in seinem Symptomenkomplex das Verbinbindungsglied zwischen Mutter und Schwester. Mit der Mutter teilt er die Hypofunktion der Schilddrüse, die bei ihm anscheinend mit dem 10. Lebensjahr eingesetzt und zu Myxödem und Zwergwuchs mit mangelnder Pubertätsentwicklung geführt hat. Vom Symptomenkomplex der Schwester zeigt er den doppelseitigen Hohlfuß, der bei ihm allerdings weit stärker ausgeprägt und mit Klumpfußbildung kombiniert ist; dagegen fehlt die Rückgratsverkrümmung und der zerebellare Gang. Dennoch wird man auch bei diesem Patienten einen leichteren spinalen Prozeß analog dem bei der Schwester annehmen müssen. Besteht hier zwischen dem zerebellar-spinalen Symptomenkomplex und dem Myxödem mit Zwergwuchs irgend ein innerer Zusammenhang, oder handelt es sich um einen reinen Zufall?

Hier sehen wir hereditäre Ataxie und Kleinwuchs, die in der Familie bei zwei Geschwistern nebeneinander vorkommen, in zwei aufeinander folgenden Generationen. Es ist demnach nicht unwahrscheinlich, daß zwischen der Hypofunktion der Thyreoidea, die Myxödem und Zwergwuchs bedingt, und der eigenartigen Degeneration und Hypoplasie des Zentralnervensystems bei den verschiedenen Formen der hereditären Ataxie ein innerer Zusammenhang existiert, der mit endokrinen Störungen in Verbindung steht.

In diesem Zusammenhang erscheint es bedeutungsvoll, daß in neuerer Zeit auch für eine andere chronische Erkrankung des Zentralnervensystems auf den Zusammenhang mit einer Affektion einer

Drüse mit innerer Sekretion hingewiesen worden ist. Petrén betont auf Grund eigener und fremder Beobachtungen, daß zusammen mit typischer Akromegalie eine pathologische Wucherung der Ependymzellen des Rückenmarkskanals und sogar eine wahre Syringomyelie vorkommen kann, und daß man hier einen ursächlichen Zusammenhang annehmen muß. Auch hat bereits Meyers auf Beziehungen der Wucherung der Ependymzellen zu dem abnormen Wachstum bestimmter Körperabschnitte hingewiesen.

Es scheint demnach, daß von dem Studium der Störungen der Drüsen mit innerer Sekretion aus allmählich Licht auf die bisher so dunkle Ätiologie einer Reihe der chronischen Nervenkrankheiten, vor allem auch auf dem Gebiet der Heredodegenerationen, fallen dürfte.

Was endlich die therapeutische Beeinflussung der Patienten betrifft, so wurden die Mutter mit Myxödem und der Sohn mit Zwergwuchs und Myxödem sofort mit Schilddrüsentabletten behandelt (täglich 2—3 Tabletten à 0,3). Bei der Mutter ging die Schwellung des Gesichtes und der Hände rasch zurück; auch wurde sie geistig regsamer. Dabei kam es zu keiner wesentlichen Gewichtsabnahme. Viel auffälliger noch war die günstige Einwirkung der Schilddrüsenbehandlung bei dem 18jährigen Sohn. Die Behandlung begann am 20. September; damals betrug das Gewicht 46 kg, die Größe 136 cm. Bereits am 12. Oktober war das Gewicht auf 43 kg zurückgegangen; die Schwellung des Gesichtes und vor allem der Brüste hatte sich wesentlich zurückgebildet. Die Größe betrug $136^1/_2$ cm. Am 9. November wog Patient nur noch $42^1/_2$ kg; der Fettansatz am Körper überstieg nicht mehr das Normale. Das Wachstum hatte rasche Fortschritte gemacht; die Größe betrug jetzt 138 cm. Zugleich waren in den Achseln einige kleine dunkle Haare aufgetreten. Die bisher kindliche Stimme war wesentlich tiefer geworden, von männlichem Charakter. Erektionen waren noch nicht aufgetreten. Dieser bedeutende therapeutische Erfolg zeigt am klarsten, daß der Zwergwuchs des Patienten tatsächlich auf einer Hypofunktion der Schilddrüse beruht. Grätzer.

Erich Rominger, Zur Behandlung der Phimose im Kindesalter. (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Freiburg i. Br.) (M. m. W. 1914 Nr. 21.) Verf. hat seit Juli vergangenen Jahres sämtliche in die Ambulanz der Klinik kommenden Phimosen durch Dehnung mit Laminariastiften, die Verf. sich eigens zu diesem Zweck anfertigen ließ, behandelt und dabei sehr gute Heilungserfolge erzielt. Dabei ist zu bemerken, daß lediglich, um die Methode auszuprobieren, über die strikte Indikation hinaus Kinder auch mit leichteren Graden von Phimosen, sofern sie nur davon Beschwerden hatten, mit derselben behandelt wurden.

Am besten bewährt hat sich die Kegel- oder Keulenform des Laminariastiftes. Derselbe ist an seinem der Urethralöffnung zugewendeten Ende gleichmäßig abgerundet, besitzt kurz darüber seinen größten Umfang, um dann gegen das nach außen gerichtete Ende hin wieder dünner zu werden. Durch diese Form wird ein Scheuern

und Herausgleiten beim Pressen und Urinieren nicht nur verhindert, sondern dabei ein Vortreiben in die verengerte Zone und hiermit eine vermehrte Dehnung dieser erreicht. Der Stift ist selbstverständlich der Länge nach durchbohrt. Die Befestigung des Stiftes geschieht durch die Fixierung der am äußeren Ende derselben in zwei queren Bohrungen angebrachten Seidenfäden mit Heftpflaster. Bei kleineren Kindern werden die Seidenfäden am Bauch und auf der Innenseite der Oberschenkel festgeklebt; bei größeren kann man dieselben durch um den Penis gelegte zirkuläre Heftpflastertouren befestigen. Hierbei muß aber jedes Umschnüren wegen der darauf leicht eintretenden ödematösen Schwellung der Präputialhaut vermieden werden. Nachdem man die Seidenfäden so befestigt hat, drückt man vor den Penis einen großen Wattebausch, den man zweckmäßig bei kleineren Kindern durch Bindetouren fixiert. Man fordert die größeren Kinder schon wenige Minuten nach Fixierung des Stiftes auf, zu urinieren, wodurch dann die Quellung beschleunigt wird.

Die Einführung des Stiftes, der in fünf verschiedenen Stärken von 3—7 mm verpackt zu 10 Stück von der Firma Pfeiffer[1]) in den Handel gebracht wird, gelingt fast in jedem Fall von Phimose ohne größere Schwierigkeiten und nahezu ohne Beschwerden. Es empfiehlt sich, das vordere Ende des Phimosedilatators mit etwas Vaseline einzufetten. Bei ganz hochgradigen Verengerungen muß ev. eine stumpfe Dehnung mit zwei Sonden vorausgehen, und zwar 1—2 Tage. Man überzeugt sich durch leichtes Drehen, Vor- und Zurückschieben von dem richtigen Sitz des Stiftes und vermeidet dabei, denselben schräg zu stellen. Sobald der Stift eingeführt ist und richtig liegt, werden keinerlei Klagen geäußert. Nach ungefähr 6—8 Stunden zieht man ohne Mühe den Stift, dessen Durchmesser inzwischen um mehr als das Doppelte vergrößert ist, aus der nun schön gedehnten Vorhaut zurück und erneut das Verfahren so oft, bis man das Präputium bequem bis etwa über die Mitte der Glans zurückschieben kann. Bei leichten Phimosen ist das oft schon nach einmaliger Laminariadehnung der Fall; manchmal muß man allerdings 3—4mal und öfters Stifte einlegen. Hierbei ist selbstverständlich stets der stärkste, der eben möglich ist, zu wählen. Grätzer.

Aladár Fischer, Thymektomie wegen Tracheostenosis thymica. (Aus der chirurgischen Abteilung des Siegmund und Adele Bródy-Spitals in Pest.) (Ebenda.) Aus seinem Fall und dem Studium der diesbezüglichen Literatur zieht Verf. folgende Schlüsse:

1. Die Tracheostenosis thymica bildet einen Zustand, bei welchem die Trachea durch den hyperplastischen Thymus komprimiert wird und durch paroxysmale Erstickungsanfälle den Tod verursachen kann.

2. Dieser Zustand kann durch einen operativen Eingriff behoben werden.

3. Die regelmäßig auszuführende Operation ist die partielle intrakapsuläre Thymektomie mit anschließender Thyreopexie nach Rehn und Klose.

---

[1]) **Wilhelm Pfeiffer, Freiburg, Kaiserstr. 89.**

4. Die Thymusresektion behebt nicht nur die Tracheostenosis thymica, sondern übt auch auf das Allgemeinbefinden des Kranken, den ganzen Status thymico-lymphaticus, einen günstigen Einfluß aus.

Grätzer.

Dionys Hellin, Über eine noch unbekannte Eigenschaft des Blutserums von Neugeborenen und Schwangeren. (Aus dem Laboratorium der städtischen Krankenhäuser in Warschau.) (M. m. W. 1914. Nr. 24.) Auf der Suche nach Vereinfachung der Abderhaldenschen Reaktion hat Verf. folgende Beobachtungen gemacht:

1. Inaktiviert man das aus der Vene einer Schwangeren, aus der Vagina einer Gebärenden intra partum oder aus der Nabelschnur eines Neugeborenen gewonnene Blut (etwa $^1/_2$ Stunde bei 56—58°), so wird das Serum opaleszierend trüb mit etwas grünlichem Schimmer. Das Blutserum von Männern (untersucht nur bei negativem Wassermann) zeigt keine derartige Veränderung; selten tritt eine eben noch wahrnehmbare Opaleszenz auf. Eine Verunreinigung durch desinfizierende Mittel usw. liegt sicher nicht vor.

2. Die Sera von Neugeborenen bzw. Gebärenden geben, sogar ohne Inaktivierung, mit physiologischer Kochsalzlösung eine deutliche Trübung im Gegensatz zum Serum von Männern.

3. Bringt man einen wässerigen Auszug aus der Plazenta mit Plazentarserum in physiologischer ClNa-Lösung zusammen, so entsteht ein Niederschlag bzw. eine starke Trübung, was beim Serum von Männern nicht der Fall ist. Die sub 2 erwähnte Trübung ist stets geringer als im Versuch Nr. 3. Plazentaauszug gibt mit Kochsalzlösung keine Trübung.

Grätzer.

P. Rohmer, Über Adrenalin-Pituitrinbehandlung. (Aus der med. Universitätsklinik zu Marburg.) (Ebenda.) Dem Zufall des gerade zur Verfügung stehenden Materials entsprechend, kamen hauptsächlich schwere Kreislaufstörungen bei Pneumonie, Diphtherie und Typhus zur Behandlung. Jüngere Kinder erhielten 0,25 ccm des 1‰igen Hypophysenpräparates und 0,5 ccm der 1‰igen Adrenalinlösung gleichzeitig eingespritzt; bei älteren Kindern kann auch die doppelte Dosis ohne Schaden gegeben werden: die verschiedenen im Handel befindlichen Nebennieren- und Hypophysenpräparate sind gleichwertig.

Verf. gab Adrenalin und Pituitrin in den oben angegebenen Dosen gewöhnlich 6stündlich und dazwischen jedesmal noch eine Kampfer- oder Koffeinspritze. Unter dieser Behandlung sah er unerwartet günstige Erfolge, z. B. bei ganz desolat aussehenden Pneumonien, ferner u. a. in einem Fall von sehr schwerer diphtherischer Herzschwäche, wo die Behandlung 12 Tage lang fortgesetzt werden mußte und von Erfolg gekrönt war. In diesem Falle ließ sich auch die Wirkung des Adrenalin-Pituitrins deutlich nachweisen, indem das vorübergehende Aussetzen desselben unter Beibehaltung der übrigen Therapie nach wenigen Stunden eine bedrohliche Verschlimmerung des Zustandes zur Folge hatte, die durch neue Injektionen prompt behoben wurde. In einem anderen Falle von Pneumonie bei einem $1^1/_2$jährigen

Mädchen versagte Kampfer vollkommen, so daß Verf. sich schließlich allein auf Adrenalin-Pituitrininjektionen beschränkte. Hier stieg bei einem schweren Kollaps unter rascher Besserung des Zustandes der Blutdruck, welcher vor der Injektion 60 mm Hg bei 200 Pulsen betragen hatte, nach 2 Minuten auf 80, nach weiteren 2 Minuten auf 90, sank nach $^1/_4$ Stunde auf 85 und hielt sich während der nächsten 5 Stunden, bis wieder eine weitere Spritze verabfolgt wurde, auf ca. 80, bei andauernd günstigem Allgemeinzustand. Durch genaue Kontrolle des Pulses und des Blutdruckes ließ sich in diesem Falle feststellen, daß die Wirkung der kombinierten Adrenalin-Pituitrininjektionen etwa 6—7 Stunden dauerte. Grätzer.

H. L. Kowitz, Infektiöse Erkrankungen der Harnorgane im Säuglingsalter (sogenannte Pyelozystitis). (Aus der Kinderabteilung der Krankenanstalt Altstadt Magdeburg.) (Ebenda.) Nach Verf.'s Erfahrungen kommt die Affektion auch bei Knaben ziemlich oft vor. Es steht fast immer mit einer akuten Ernährungsstörung in ursächlichem Zusammenhang, und der häufigste Erreger ist Bact. coli.

In einigen Fällen hatte Verf. Gelegenheit, die Entstehung der „Pyelozystitis" von ihren ersten Anfängen an zu verfolgen. Dabei gestaltete sich der Verlauf so, daß zunächst eine Bakteriurie mit Albuminurie auftrat und erst später die charakteristischen Formelemente erschienen, die wir gewohnt sind als Ausdruck der Erkrankung der Schleimhaut der Harnorgane zu betrachten. Auch dieser zeitliche Ablauf der Erscheinungen scheint für die Auffassung der deszendierenden Erkrankung zu sprechen.

Mit ein paar Worten streift Verf. auch die Therapie dieser Infektion. Bei schweren Fällen hat er sich von einer zuverlässigen Wirkung der zahlreichen zu Gebote stehenden sog. Harndesinfizientien nicht überzeugen können. Sehr wichtig erscheint dagegen die Sorge für reichliche Flüssigkeitszufuhr, wo nötig, in Gestalt von Verweilklysmen oder subkutanen Infusionen. Die jüngst empfohlene Vakzinetherapie ist bisher noch nicht genügend erprobt, um ein begründetes Urteil darüber abgeben zu können. Grätzer.

Kurt Blühdorn, Über Paratyphus im Säuglingsalter. (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Göttingen.) (Ebenda.) Kürzlich berichtete Breuning über Paratyphusinfektionen bei Kindern, und er teilt auch 3 Fälle von Erkrankungen beim Säugling mit, wobei er darauf hinweist, daß diesbezügliche Befunde bisher sehr spärlich mitgeteilt sind. Es erscheint nun wichtig, in Ergänzung der Breuningschen Befunde, neben der von ihm beschriebenen gastroenteritischen in einem Falle mit Sepsis einhergehenden Form auf einen besonderen akut toxischen Typus der Erkrankung im Säuglingsalter erneut hinzuweisen, wie er in einem früher vom Verf. mitgeteilten Fall von Paratyphusinfektion bei einem 4 Monate alten Brustkind zu beobachten war. Dieser Fall zeigte klinisch durchaus das Krankheitsbild der Vergiftung, wie wir es von der alimentären Intoxikation her kennen, und Verf. es in jüngster Zeit auch bei der bazillären Ruhr des Säuglings öfter und näher kennen gelernt hat. Die eingeleitete

übliche Intoxikationstherapie führte in diesem Falle eine rasche Entgiftung und Heilung herbei.

Die Infektion dieses jungen Brustkindes war offenbar durch Kontakt erfolgt, da 4 Tage vor der Erkrankung des Säuglings in der Familie die Mutter und 3 Geschwister im Alter von 4, 5 und 6 Jahren nach dem Genuß von Wurst unter akuten Erscheinungen einer schweren Gastroenteritis mit sehr zahlreichen dünnen Stühlen, hohem Fieber, Mattigkeit, Schwindelgefühl, Übelsein und Erbrechen erkrankt waren. Diese Fälle zeigten in ihrem weiteren Verlauf keine Besonderheiten gegenüber bekannten Formen der paratyphösen Erkrankung und gingen in einigen Tagen in Heilung über.

Gerade Krankheitsbilder bei Brustkindern, die unter dem klinischen Bilde der alimentären Intoxikation verlaufen und gar nicht so selten zu sein scheinen, müssen uns demnach stets den Verdacht einer bakteriellen Infektion nahelegen.

Zum Schlusse möchte Verf. zur Frage infektiöser Darmkatarrhe im Kindesalter noch bemerken, daß bakteriologische Untersuchungen insbesondere bei dem Verdacht einer Ruhr — abgesehen von der allgemein aufgestellten Forderung möglichst frischer Verarbeitung des Materials — bei negativem Ausfall mehrmals wiederholt werden müssen. Verf. hat zurzeit 3 Geschwister wegen ruhrartigen Darmkatarrhs in Behandlung, und bei mehrfachen Untersuchungen, die im Hygienischen Institut ausgeführt wurden, konnten nur bei einem der Kinder bei der dritten Untersuchung Ruhrbazillen gefunden werden. Dabei kann an der gleichen Ätiologie der Erkrankung bei den anderen Geschwistern nicht gezweifelt werden. Grätzer.

M. Klotz (Schwerin), Fortschritte in der medikamentösen Therapie der Kinderkrankheiten. (Therap. Mhf. 1915, März.) Beim akuten eklamptischen Anfall injiziert Verf. subkutan Luminal und erreicht sofortiges Sistieren der Krämpfe. Dosis für $^1/_2$—1jährige Säuglinge 0,1 Luminalnatrium.

Auch bei Epilepsie wirkt Luminal ganz vorzüglich. Der Charakter der Anfälle wird durchaus geändert, eine sehr günstige Beeinflussung des postepileptischen Zustandes macht sich geltend. Dosierung: Bei kleinen Kindern 0,05—0,075 abends, 2 Tage hintereinander, dann 2 Tage Pause, darauf wieder 2 Abende Luminal usw. Ältere Kinder bekommen 0,1—0,15—0,2, höchstens 0,3 (über letztere Dosis ist Verf. bei dieser kontinuierlichen Behandlung, unter der manche Kinder schon 1 Jahr stehen, nicht hinausgegangen). Die Luminalbehandlung kommt aber erst in Frage, wenn Sedobrol versagt hat, das zunächst zu empfehlen ist: 1—2 Würfel pro Tag genügen im allgemeinen.

Als gutes und von den Kindern gern genommenes Beruhigungsmittel (bei Bronchitis, Tracheitis mit quälendem Husten) ist Pantoponsirup zu nennen. 1 Teelöffel enthält 3 mg Pantopon (= 1,5 mg Morphium). Dosis: $^1/_2$ Teelöffel 2—3mal täglich bei unterjährigen Kindern, vom 1. Jahre ab 2—3mal ein ganzer Teelöffel und mehr. Bei der Behandlung hochgradiger Erregungszustände psychisch abnormer Kinder hat Narkophin nicht die prompte Wirkung des Pantopons.

Dagegen erwies es sich ihm überlegen bei kontinuierlicher Medikation, z. B. bei chronischen Unruhezuständen hysterischer Kinder. Dosis: 3mal täglich 15—30 Tropfen einer 3%igen Lösung. — Ein sehr zuverlässiges (aber teures) Beruhigungsmittel ist das Neuronal, von dem man älteren Kindern von 0,5 pro dosi an gibt. Grätzer.

Arturo Gorrieri, Hämatologische Untersuchungen über die Epilepsie. (Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 15. H. 4.) Untersuchungen an 8 Fällen von essentieller Epilepsie. Schlußfolgerungen:

1. Die Zahl der Leukozyten, die bei Epileptikern in den interparoxysmalen Perioden beobachtet wird, ist im allgemeinen höher als normal, jedoch bestehen ziemlich beträchtliche individuelle Unterschiede.

2. Während des epileptischen Anfalles tritt fast konstant eine mehr oder minder intensive Leukozytose ein; die Leukozytose ist nachweislich in wenigen Fällen wenige Minuten vor dem epileptischen Anfall vorhanden; häufiger dagegen zeigt sie sich konstant nach dem Anfall.

3. In fast allen beobachteten Fällen wurde eine mehr oder weniger ausgesprochene Eosinophilie wahrgenommen, die kurz vor dem Anfall und bei Beginn desselben wenig augenfällig und im allgemeinen nach dem Anfall stärker akzentuiert ist.

4. Die Eosinophilen zeigen sich in den meisten Fällen mehr oder minder erheblichen Veränderungen (Anschwellung) unterworfen; diese Veränderungen betreffen vorzugsweise das Protoplasma.

5. Der Blutdruck zeigt sich bei den Epileptikern im allgemeinen höher als normal; es existieren jedoch sehr beträchtliche individuelle Schwankungen.

6. Bei der epileptischen Psychose besteht keine augenfällige reziproke Beziehung zwischen Puls, Atmung und Blutdruck.

7. Die Resistenz der Blutkörperchen bei den Epileptikern erhält sich in den interparoxysmalen Perioden normal, dagegen nimmt sie im allgemeinen (in einigen Fällen in sehr beträchtlichem Grade) während der Anfälle zu.

8. Der osmotische Druck des Blutserums scheint normal zu sein und erfährt während der Phasen des Anfalles keine wichtigen Änderungen. Kurt Mendel.

Hans Berger, Über zwei Fälle der juvenilen Form der familiären amaurotischen Idiotie. (Ebenda.) Bruder und Schwester mit familiärer amaurotischer Idiotie. Bei der Schwester wurde die Diagnose durch den typischen, von Spielmeyer in seinen Fällen festgestellten Leichenbefund bestätigt. Heredität nicht nachweisbar, keine Verwandtenehe der Eltern, keine verwandtschaftlichen Beziehungen zu jüdischen Familien, keine Lues, kein Alkoholismus in der Aszendenz. Eine Schwester völlig gesund. Die Patientin starb im 19. Lebensjahre an Schluckpneumonie, die sich bei einer Serie von Krampfanfällen entwickelte, der Bruder ist jetzt 14jährig. Bei beiden setzte das Leiden mit Sehstörungen ein, im weiteren Verlauf gesellten sich epileptische Anfälle hinzu, dann fortschreitender geistiger Defekt. Keine Lähmungserscheinungen, doch beim Bruder positiver Babinski. Kurt Mendel.

Mönkemöller, Bericht an das Landesdirektorium der Provinz Hannover über die Ergebnisse der psychiatrisch-neurologischen Untersuchung der schulpflichtigen Fürsorgezöglinge der Provinz. (Zschr. f. jugendl. Schwachs. 8. 1915. S. 16.) Der reduzierte, zu kurzer Besprechung nicht geeignete Bericht schließt sich an die früheren an gleicher Stelle erschienenen Berichte desselben Verfassers an. K. Boas.

A. Kuhn, Vakzineimmunität unserer zwölfjährigen Wiederimpflinge. (Straßburger mediz. Ztg. 1915 Nr. 3.) Ohne jeglichen Erfolg blieb bei dem Material des Verf.'s (3486 Wiederimpfungen) die Wiederimpfung nur in 9,8 %. Bei schon abgeschwächter Immunität lieferte die mit kräftigem Impfstoff vollzogene Wiederimpfung vorwiegend vollentwickelte Wiederimpfungspusteln, schwächliche Lymphe aber fast nur verkümmerte Papeln und Knötchen, Formen, die bei einer Nachschau am 7. Tage nach der Wiederimpfung zum Teil kaum noch zu erkennen sind. K. Boas.

Löwenbein, Über die Eiweißreaktion des Sputums bei Lungentuberkulose. (Zschr. f. Tuberkulose. 23. 1914 H. 2.)

1. Bei der Differentialdiagnose zwischen unkomplizierter chronischer Bronchitis und Tuberkulose spricht ein Eiweißgehalt von 1 ‰ und darüber unbedingt für Tuberkulose. Ein Eiweißgehalt unter 1 ‰ schließt diese nicht aus.

Ein Eiweißgehalt von 1 ‰ und darüber bei chronischem Emphysem und Bronchitis spricht dafür, daß auch eine Tuberkulose besteht.

2. Im Verein mit anderen Untersuchungsmethoden gibt die quantitative Eiweißbestimmung wertvolle Anhaltspunkte für die Prognose, und zwar ist die Zu- oder Abnahme des Eiweißgehaltes im allgemeinen von größerer Bedeutung als die absolute Höhe derselben.

Die Veränderung des Eiweißgehaltes kommt für die Beurteilung oft mehr in Betracht als die Zunahme oder Abnahme der Tuberkelbazillen.

Nach Anlegung eines künstlichen Pneumothorax gibt die fortlaufende Beobachtung des Eiweißgehaltes einen guten Einblick in den erzielten Erfolg und ist bei der Beantwortung der Frage, wann eine Nachfüllung angezeigt ist, mit zu verwerten. K. Boas.

E. Fröschels, Stottern und Nystagmus. (Mschr. f. Ohrenhlk. u. Laryngo-Rhinologie. 49. 1915 H. 2 u. 3.) Bei Stottern sah Verf. niemals Nystagmus auftreten, wohl aber oft tonisches Verdrehen der Augen nach einer Seite. In allen am Stottern beteiligten Muskelgruppen treten tonische und klonische Bewegungsstörungen auf, die auf abnormen Bewegungen beruhen, welche aus willkürlichen Bewegungen hervorgegangen sind und auch immer in einem gewissen Zusammenhange mit dem Willen stehen. K. Boas.

E. Fröschels, Zur Pathologie des Stotterns. (Arch. f. experim. u. klin. Phonetik. 1. 1914 S. 372.) Verf. unterscheidet klonisches und tonisches Stottern. Beim klonischen Stottern kommen klonus-

krampfähnliche Erscheinungen vor. Statt „P“ sagt ein derartiger Patient „ppppp“, statt „du“. „dudududu“, statt „aber“„aaaaber“. Das tonische Stottern läßt sich schriftlich schwer darstellen. Es beruht darauf, daß der Patient die betreffende Lautstellung seiner Sprachwerkzeuge übermäßig lange innehält.

Wie Verf. weiterhin an Hand graphischer Kurven entwickelt, kommt Stottern auch bei einzelnen Lauten vor.

Die Erklärung für diese Vorgänge liegt darin, daß ein hemmender Affekt zu dem Sprachvorgange sich hinzugesellt. Das entwickelte Stottern ist demnach im Hinblick auf den objektiven Nachweis des Stotterns bei einzelnen Lauten als Sprechangst aufzufassen.

K. Boas.

Fr. Glaser, Schädelimpressionen bei Neugeborenen und ihr Einfluß auf die spätere Entwicklung. (Aus der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Würzburg.) (Inaug.-Diss. Würzburg 1914.) Nach einer Übersicht über die einschlägige Literatur erörtert der Verf. die Bedeutung der Impressionen des Schädels der Neugeborenen für die spätere Entwicklung auf Grund von 16 Fällen aus der Würzburger Universitäts-Frauenklinik.

Aus den Untersuchungen des Verf.'s ergibt sich zweierlei:

1. Eine besondere Therapie der Schädelimpressionen ist bei Neugeborenen nicht einzuleiten auf Grund eines günstigen Ausganges von 100% in den Fällen des Verf.'s.

2. Ein Einfluß auf die spätere geistige Entwicklung besteht nicht. Niemals wurde ein Zurückbleiben in der Schule, Kopfschmerzen oder ähnliche von den Impressionen ausgehende Erscheinungen beobachtet. K. Boas.

Otto Stein, Über Spondylitis cervicalis tuberculosa. (Aus der Chirurgischen Klinik der Universität in Halle a. S.) (Inaug.-Diss. Halle a. S. 1915.) Verf. berichtet über drei weibliche Kranke, im Alter bis zu 20 Jahren, mit Spondylitis cervicalis tuberculosa. In einem Falle kam es zu Abszeßbildung während der klinischen Behandlung, und zwar nahm diese den typischen Weg ins retropharyngeale Bindegewebe. Die Behandlung mittels Elestonscher Schwebe war in diesem Falle erfolgreich. Später erhielt die Patientin einen Schienenapparat. Die Bewegungen des Kopfes wurden wesentlich freier, fast ohne jede Einschränkung, und dabei schmerzlos.

Während in diesem Falle die Prognose günstig war, war sie in dem zweiten Falle direkt als infaust, in dem dritten als zweifelhaft zu bezeichnen. K. Boas.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

R. Fischl, Erfahrungen über Zystitis im Kindesalter. (Prager m. Wschr. 1915 Nr. 15.) Göppert hat auf die häufige Verwechslung mit Typhus, Meningitis, Influenza, Pneumonie u. dgl. hingewiesen. Daß man bei richtiger Psychologie der Diagnosestellung schon von vornherein mitunter die richtige Vermutung hegen kann, möchte Verf. an der Hand zweier recht lehrreicher Beobachtungen zeigen.



Vor 2 Jahren konsultierte ihn ein Kollege von großer Erfahrung über den Zustand eines etwa 8jährigen Mädchens, das bereits seit mehr als einer Woche in seiner Behandlung stand und neben einem ziemlich hohen kontinuierlichen Fieber sowie mäßiger Diarrhoe keine sonstigen Erscheinungen aufwies. Er hatte die Vermutung ausgesprochen, daß es sich um einen leichten Abdominalis handle, und aus diesem Grunde auch eine Blutuntersuchung vornehmen lassen, die jedoch in bezug auf spezifische Agglutination ein negatives Ergebnis lieferte. Verf. fand das Kind aufrecht im Bette sitzend, mit einer Lektüre beschäftigt; von objektiven Symptomen konstatierte er nichts als eine leichte Milzschwellung; Bronchitis und Roseola fehlten, und auch der Gesamteindruck zeigte keine Spur eines Status typhosus. Hingegen erfuhr er auf seine Frage nach einer eventuellen Harnuntersuchung, dieselbe sei vorgenommen worden und hätte einen mäßigen Eiweißgehalt ergeben. Dieses Moment in Zusammenhalt mit den leichten Krankheitserscheinungen, die eine durch Typhus bedingte Albuminurie, wie sie ja doch nur schwereren Fällen eignet, ausschlossen, veranlaßte Verf., trotz vollständiger Abwesenheit aller lokalen Blasensymptome, die das sehr intelligente Kind gewiß angegeben hätte und die auch von seiner aufmerksamen Umgebung bemerkt worden wären, eine Zystitis zu vermuten und die nachgewiesene Albuminurie auf diese zurückzuführen. Die sofort vorgenommene Harnuntersuchung gab Verf. recht, und eine darauf hin eingeleitete entsprechende Therapie hatte in kurzer Zeit Fieberabfall und Genesung des Kindes zur Folge.

Noch interessanter war der zweite, am gleichen Orte von einem anderen Kollegen beobachtete Fall, den Verf. gleichfalls konsultativ zu sehen Gelegenheit hatte.

Es handelte sich um ein etwa 9 Jahre altes fettleibiges Mädchen, das vor einigen Tagen im Anschluß an einen längeren, bei großer Hitze vorgenommenen Spaziergang (es handelte sich um einen Weg von etwa 2 Stunden) plötzlich unter sehr hohem Fieber und Prostration erkrankt war, wozu sich in den nächsten Tagen auch Diarrhöen und Husten gesellten. Der Eindruck, welchen Verf. von der Patientin empfing, war der eines ausgesprochenen Status typhosus; hochgerötete Wangen, trockene, fuliginös belegte Lippen, eine trockene, an den Rändern rote Zunge, leichter Meteorismus, ausgesprochene Milzschwellung und etwas Bronchitis, ein übelriechender, geschichteter Stuhl von erbsensuppenartigem Aussehen. Der behandelnde Arzt, sehr sorgsamer Beobachter, las einen langen Status vor, in dem auch das Babinskische Zehenphänomen nicht fehlte, und sprach seine Überzeugung aus, es handelte sich um einen Typhus, wenn auch die Fickersche Blutprobe bisher negativ ausgefallen sei. Verf. muß gestehen, daß er ihm auf den ersten Blick hin recht gab, doch stimmte die plötzliche Entstehung des Krankheitsbildes im Gefolge einer größeren körperlichen Anstrengung bei heißem Sommerwetter nicht recht mit seinen sonstigen Erfahrungen über den kindlichen Abdominalis. Die genaue somatische Untersuchung des Kindes ergab das Vorhandensein einer Vulvovaginitis, und dieser Umstand bewog Verf., auch in diesem Falle an eine Blasenentzündung zu denken, die offenbar durch das mechanische Hineinpressen des infektiösen Scheidensekrets in die Urethra bei der starken Marschleistung des fetten Kindes entstanden war. Verf. äußerte dem ein wenig erstaunten Kollegen gegenüber diese Vermutung und bat um Vornahme der Harnuntersuchung, welche dieselbe voll bestätigte. Auch in diesem Falle hatte die eingeleitete Therapie raschen und vollen Erfolg, und der schwere Status war nach einigen Tagen gewichen.

In der Literatur finden sich vereinzelte Beobachtungen von Inkontinenz und Enuresis mitgeteilt, die ihren Grund gleichfalls in einer Zystitis hatten, nach deren Beseitigung das Symptom sich rasch verlor. Auch hierfür ist Verf. in der Lage, aus der eigenen Erfahrung einen Fall beizusteuern.

Es handelte sich um den 5jährigen Sohn eines österreichischen Diplomaten; der sehr intelligente und durchaus nicht nervöse oder anderweitig kranke Junge bot seit Monaten die Erscheinung der Inkontinenz des Harns am Tage und der Enuresis in der Nacht dar, die sowohl ihn als seine Mutter sehr unglücklich machte. Die verschiedenen gegen das Bettnässen empfohlenen Behandlungsmethoden waren

ohne den geringsten Erfolg versucht worden; den Harn zu untersuchen, war aber keinem der behandelnden Ärzte eingefallen. Verf. holte das Versäumnis nach, konstatierte eine mäßige Zystitis und war in der angenehmen Lage, durch die eingeleitete Urotropintherapie das Kind innerhalb weniger Tage dauernd von seinem lästigen Übel zu befreien.

Was die Therapie betrifft, so kommt man in den Anfangsstadien mit der internen aus. Mit Urotropin war Verf. sehr zufrieden, doch muß es in den richtigen Dosen (bei Kindern im 1. Lebensjahre mindestens 0,5 g pro die, bei älteren entsprechend mehr) und so lange gegeben werden, bis der Harnbefund normal geworden ist, was meist innerhalb 1 Woche eintritt. Bleibt es unwirksam, so kann man es durch Hexal, Zystopurin, Helmitol ersetzen. Wirkt die innere Behandlung in 1—2 Wochen nicht, so muß man spülen: zunächst mit dünnen Lösungen von Kal. permang., erst bei Ausbleiben eines Effektes mit Arg. nitr. (1 : 5000) oder Protargol (1 %). Grätzer.

L. v. Frankl-Hochwart, Über die nervösen Erkrankungen der Tabakraucher, mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters. (Medizinische Blätter. 1914 Nr. 5.) In diesem, von der österreichischen Gesellschaft für Schulhygiene gehaltenen Vortrag versucht Verf. ein Bild jener Nervenkrankheiten zu geben, welche mit dem Nikotinabusus zusammenhängen. Es geht daraus hervor, wie vielfach die Wirkungen des Tabakrauchens auf das Nervensystem sind und wie begründet die Forderung ist, die Jugend vor den Rauchgewohnheiten zu schützen. Schulgesetze darüber sind wohl notwendig, aber nicht ausreichend. Hauptsache ist die Belehrung der heranreifenden Jugend darüber, daß das frühe Rauchen selbst in kleinen Quantitäten die körperliche Entwicklung schädigt, die Wertigkeit für den Sport herabsetzt, daß es die Fähigkeit zur Arbeit und zur geistigen Entwicklung erheblich herabsetzt. Auf eine andere Art der Schädigung durch Tabak ist Verf. in den letzten Jahren aufmerksam geworden: auf die Einwirkung stundenlangen Verharrens in tabakerfüllten Räumen. Zur näheren Beleuchtung dieser Verhältnisse wurde eine Reihe von Versuchen angestellt, u. a. an zwei ganz gesunden Knaben, die im Volltabakdampfe sitzen mußten. Der Puls nahm dabei so rasch an Frequenz zu, der Blutdruck sank so rasch, daß die Versuche nach wenigen Minuten abgebrochen werden mußten. Nach einigen Minuten Aufenthalt im Freien war die Wirkung verschwunden. Also nicht nur vor dem aktiven Rauchen ist die Jugend zu bewahren, die Kinder und auch die Eltern sind darüber zu belehren, daß Aufenthalt in rauchigen Lokalen ebenfalls sehr schädlich ist, daß Kinder nicht in Zimmern schlafen sollen, wo geraucht wurde.

Ganz eigenartig ist die Geschichte eines jetzt 57jährigen Mannes, der habituell pro Tag 30—40 Zigaretten raucht und über eine eigenartige nervöse Sprachbehinderung klagt. Er war als 4jähriger Knabe mit seinen Eltern in ein kleines Nest gekommen, wo die Malaria hauste. Der dortige Arzt bezeichnete Rauchen als das einzig wirksame Prophylaktikum gegen die gefährliche Krankheit, und so wurde auf Rat dieses „Heilkünstlers" der Knabe gegen seinen Willen mit Aufwendung aller Energie zum Rauchen gezwungen. Als die Familie wieder

nach Wien zurückkehrte, wollte man dem nun 6jährigen Knaben das Rauchen wieder abgewöhnen. Nun hielt aber der Kleine an der liebgewordenen Gewohnheit fest, und allmählich entwickelte sich das exzessive Rauchen, das aber erst im 56. Jahre begann, Nervenstörungen hervorzurufen. — Was die Altersstufen angeht, in denen habituell zu rauchen begonnen wurde, so fand sich das Alter zwischen 4—6 Jahren in vereinzelten Fällen vertreten. Gar nicht selten wurde das 9.—10. Jahr als Beginn genannt. Rauchbeginn zwischen dem 12. und 14. Jahre kommt relativ häufig vor. Erste Veranlassung war kindliche Nachahmungssucht — 31jähriger Arzt, der schon mit 5 Jahren ein ziemlich starker Zigarettenraucher war, die Zigarettenstümpfe des sehr viel dampfenden Onkels sammelte und weiterrauchte — und Verleitung durch Kameraden. H. Netter (Pforzheim).

Durodié, Abcès spontanés des seins chez une jeune fille atteinte d'aménorrhée. (Gaz. hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux. 1914 Nr. 2. 11. Jan.) Es handelt sich bei diesem eigenartigen Fall um ein etwa 18jähriges Mädchen von gesunder Konstitution, das seit dem 13. Jahre stets regelmäßig menstruiert hatte. Aber seit mehreren Monaten hatte die Menstruation, im Gefolge starker Ermüdung, gänzlich aufgehört. Anfangs September 1913 fühlte das Mädchen in der rechten Brust eine sehr schmerzhafte Schwellung, die von diffuser Rötung und heftigem Stechen begleitet war, die eine in Bildung begriffene tiefe Eiterung ankündigten. In der Furcht vor einem chirurgischen Eingriff ließ die Kranke den Abszeß sich spontan öffnen. Es entleerten sich große Mengen dicken, rahmigen Eiters, und der Abszeß brauchte etwa 3 Wochen zur vollständigen Entleerung. Die rechte Brust war noch nicht geheilt, als die linke anfing, sich zu röten, schmerzhaft und in ihrem ganzen Umfang dick zu werden. Die Palpation ergab eine sehr deutliche Fluktuation in der Tiefe. Auch dieses Mal wurde ein Eingriff abgelehnt; die Brust eiterte wie die rechte.

Wie soll diese doppelseitige, tiefe Mastitis, bei Ausschluß von Schwangerschaft, Stillgeschäft und Trauma jeder Art erklärt werden? Verf. neigt zur Annahme, daß diese nach 4monatiger Amenorrhoe eingetretenen Abszesse als vikariierende Blutungen angesehen werden dürfen, ähnlich den nasalen, pulmonalen und intestinalen Hämorrhagien, die man unter ähnlichen Umständen schon beobachtet hat. Zur Stütze dieser Ansicht erinnert Verf. an einen von Fréd. Taefferd (1872) mitgeteilten Fall, zu Unrecht insofern, als es sich dabei gehandelt hat um eine „Observation d'une seconde menstruation établie à cinquante-six ans par les seins". Die Erscheinung wiederholte sich allmonatlich seit November 1871 bis zum 19. Oktober 1872, dem Tag der Niederschrift der Beobachtung. Der Ausfluß aus den Brüsten war rosafarbenes Blut. Fast serös im Beginn, wurde die Flüssigkeit dunkler, und am Schluß ging sie neuerdings in den Zustand gelblicher seröser Absonderung über. H. Netter (Pforzheim).

H. Timmer, Die akute symmetrische Spontangangrän bei einem Kind. (Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1913. 16. Aug.) Die symmetrische Gangrän der Extremitäten ist beim Kind ein immer-

hin sehr seltener Vorgang; in dem angezeigten Fall tritt zur Eigenartigkeit noch die Unklarheit der Ätiologie.

Die familiären Antezedentien des 8jährigen Kranken sind ohne Belang; im 1. Lebensjahre Masern, seitdem keine Störung der Gesundheit mehr. 2 oder 3 Wochen ante admissionem Appetitmangel und Klagen über Müdigkeit in den Beinen. Am Ende dieser Periode bemerkte die Mutter bläuliche Flecken auf den unteren Gliedmaßen; am nächsten Tag waren die Füße und der größte Teil der Unterschenkel schwarzblau, und erst jetzt klagte das Kind über Schmerzen. Im Hospital konstatierte man, daß die blauen Verfärbungen durch interstitielle Blutungen hervorgerufen zu sein schienen; die Füße waren kalt, die verschiedenen Reflexe waren indes vorhanden und normal. Veränderungen in der Farbe an den übrigen Hautbedeckungen waren nicht vorhanden. Eine Amputation wurde von den Eltern abgelehnt. Am 2. Tag post recept. traten zwei kleine, schmerzhafte hämorrhagische Flecke am linken Arm auf; die verschiedenen Gelenke waren frei und schmerzlos. Eine spezialistisch neurologische Untersuchung hatte ein negatives Ergebnis. Nach Ablehnung der Amputation nahmen die Eltern das Kind wieder nach Hause. Nach Monatsfrist wurden, im Abstand eines Tages, die gangränös gewordenen Füße und die Hälfte der Unterschenkel abgestoßen. Während dieser Zeit hatte sich ein ausgedehnter blauer Fleck, der in der Folge die verschiedenen, den Ekchymosen eigenen Nuancen durchmachte, auf dem linken Vorderarm entwickelt. Einige Tage danach wurde auch, nach ähnlichen Veränderungen der Färbung, der obere Rand der Ohrmuschel gangränös, und der gleiche Vorgang, aber nicht bis zur Entstehung von Gangrän, spielte sich auch an der Nasenspitze ab. Einige weitere blaue Stellen erschienen auch noch da und dort, um aber in wenigen Stunden wieder zu verschwinden, bis auf solche am Außenrand des linken Ellenbogens und auf der Vorderseite des linken Knies, wo es zur Nekrose kam; die rechtsseitigen Glieder blieben frei. Während vierzehn Tagen hatte das Kind außerdem eine hartnäckige Diarrhoe.

Anderthalb Jahre später Wiederaufnahme. Die Stümpfe waren noch nicht vernarbt. Außer den über den Körper zerstreuten Gangrännarben sah man auf dem Bauch ein Netz geschlängelter und erweiterter, mit den gleichfalls erweiterten Thoraxvenen kommunizierender Venen. Der Blutstrom in den Bauchvenen war nach unten gerichtet. Irgend ein anderes pathologisches Symptom war nicht vorhanden. Nach Verheilung der Stumpfgeschwüre wurde eine Reamputation vorgenommen; mit ausgezeichneten Operationsfolgen. Gehen sehr gut mit künstlichen Beinen. Man hatte zunächst bei diesem eigenartigen Fall an eine Purpura fulminans gedacht; aber die Fälle dieser Art sind nicht von Gangrän begleitet, und der Ausgang ist meist tödlich. Von einer Sklerose, von der es dem Verf., wie er gesteht, nicht bekannt ist, ob sie beim Kind zu solcher Gangrän führt, war im gegebenen Fall kein Merkmal vorhanden. Die Gangrän infektiösen Ursprungs (Typhus, Masern, Scharlach) können ebenfalls außer Betracht bleiben. Auch für die Annahme einer Lepra, Syringomyelie oder Syphilis fehlte jeglicher Grund; die WR., zweimal unter-

sucht, war stets negativ. Eine Embolie führt wohl zu plötzlicher Gangrän, aber nur selten ruft sie symmetrische Läsionen hervor; selbst bei Annahme einer Verstopfung der Aorta vor ihrer Bifurkation, hätten der Gangrän eine Periode der Stase und des Ödems vorausgehen müssen. Bleibt die Raynaudsche Krankheit; aber das Bild, das man von ihr zeichnet, und die Lokalisationen, die sie mit Vorliebe macht, sind von dem oben gezeichneten klinischen Bild eigentlich verschieden. Das thorako-abdominale Venennetz ließe an eine aufwärts von der Einmündung der Vena epigastrica inferior in die Vena femoralis stattgehabten Venenverstopfung denken. Das würde aber nicht die zyanotischen Herde und die Gangräneszierungen erklären, die da und dort auftraten. So kommt man denn dahin, eine Allgemeinursache für all diese Krankheitsvorgänge anzunehmen; aber für den Augenblick vermag sich Verf. über die Natur derselben nicht auszusprechen. H. Netter (Pforzheim).

R. M. Smith, The acute Diarrhoeas of the Infants. (New York medical Journal, 8. November 1913.) Wir können hier drei ganz bestimmte Gruppen unterscheiden, und zwar erscheint eine präzise Trennung dieser drei Gruppen unbedingt erforderlich, weil eine jede derselben eine ganz bestimmte Behandlung erheischt. Die erste Gruppe umfaßt die durch akute Verdauungsstörungen hervorgerufenen Diarrhöen. Die Behandlung besteht hier in Beseitigung des ursächlichen Momentes. Unter der zweiten Gruppe begreift Verf. die gemeiniglich als „Sommerdiarrhoe" bezeichneten Affektionen, welche zu bestimmten Zeiten massenhaft auftreten und ihre Ursache offenbar in atmosphärischen Einflüssen haben. In der dritten Gruppe, der Diarrhoe auf infektiöser Basis, spielt das Bakterium die ausschlaggebende Rolle: der Dysenteriebazillus, der Gasbazillus und andere Mikroben, deren Natur noch nicht hinreichend erforscht ist. Die Symptome sind hier ausgesprochen toxischer Natur, und Diarrhoe ist gemeiniglich das erste deutliche Zeichen der Krankheit. Die Therapie hat zwei Hauptziele zu verfolgen: erstlich die Bekämpfung der Toxämie, welche als die weitaus wichtigste Aufgabe anzusehen ist, und zweitens die Behandlung der lokalen Erkrankung. Ein Abführmittel, am besten Ol. ricini, sollte zuvörderst gereicht werden, ferner abgekochtes Wasser nach Bedarf, aber absolut keine feste oder flüssige Nahrung. Subkutane Injektionen physiologischer Kochsalzlösung leisten sehr gute Dienste. 12—14 Stunden nach dem Rizinusöl kann man eine Dextroseinfusion von 2,5% geben. Mit der Darreichung von Milch soll man aber warten. Es erscheint durchaus kontraindiziert, die Nahrungsmenge zu vergrößern, solange als Fieber besteht und der Stuhl noch Blut enthält. Ein weiterer Ersatz fester und flüssiger Speisen besteht in der Zuführung einer 2,5%igen Dextroselösung. Stimulantien sind oft notwendig. In der lokalen Therapie spielt Sauberkeit eine wichtige Rolle. Instillationen einer physiologischen Kochsalzlösung oder auch von reinem Wasser in das Kolon sollten zweimal täglich wiederholt werden, vorausgesetzt, daß sie zu keiner schweren Depression Anlaß geben. Bei Intoxikation mit Gasbazillen ähneln die Symptome denjenigen der Bazillendysenterie.

Hier besteht die Behandlung in der Zuführung einer an Proteïden reichen Nahrung, dagegen geringer Mengen von Kohlehydraten.

Kronecker.

Wachenheim (New York), Über eine größere Anzahl atypisch verlaufender Fälle von epidemischer Kinderlähmung, welche während der letzten Epidemien in New York beobachtet wurden. (Vortrag, gehalten in der Sitzung der pädriatischen Sektion der New Yorker medizinischen Akademie vom 17. Oktober 1913. Publiziert im New York medical Journal vom 8. November 1913.) Redner berichtet über 7 Fälle, unter denen 6 einen völlig atypischen Verlauf zeigten. Bei einem derselben stieg die Temperatur über 41°, und die Prognose schien zweifelhaft quoad vitam und recht ungünstig in bezug auf die Funktion der affizierten Muskelgruppen. Indessen machte das Kind eine schnelle und vollständige Rekonvaleszenz durch, und es blieb nur eine unbedeutende Schwäche im linken Beine zurück. Eine höchst seltene Komplikation bot ein zweiter Fall dar, nämlich hochgradige Schweißsekretion an der linken Wange. Ein allgemeiner Schweißausbruch wird bei epidemischer Kinderlähmung nicht selten beobachtet. Derselbe kann sehr wohl auf eine Störung der Funktion des Schweißzentrums in der Medulla oblongata zurückgeführt werden und wird deshalb sowohl bei Fällen beobachtet, welche den zerebralen, als bei solchen, welche den zervikalen Typus darbieten. In dem hier erwähnten Falle mag der lokale Schweißausbruch sehr wohl mit einer bestehenden Fazialisparese in Verbindung gebracht werden, obwohl der Zusammenhang nicht so deutlich war, als man wohl wünschen könnte. Ein dritter Kranker bot das ungewöhnliche Bild einer lange bestehenden subfebrilen Temperatur zugleich mit Tachykardie, welche volle 7 Wochen lang anhielt. Dieses Kind erlag dann einer Bronchopneumonie, als Folge der Dilatation des Herzens. Hier war es zu einer ungewöhnlich ausgebreiteten grauen Degeneration der Vorderstränge gekommen, welche zu hochgradiger Störung der Innervation des Herzens geführt hatte. Bei dem letzten Falle hatte man zuerst an Meningitis gedacht. Indessen ließ man später diese Diagnose fallen auf Grund der Massenhaftigkeit der Lymphozyten, welche die punktierte Zerebrospinalflüssigkeit enthielt, der gänzlichen Abwesenheit von Meningokokken in letzteren, der schnellen Rekonvaleszenz, welche das Kind durchmachte, und dem Fehlen einer Zerebrospinalmeningitisepidemie zu jener Zeit. Meningitis tuberculosa konnte ausgeschlossen werden auf Grund des hohen Gehaltes der Meningealflüssigkeit an Leukozyten, des akuten Ausbruches der Krankheit, des günstigen Verlaufes und des negativen Pirquet.

Kronecker.

G. E. Pfahler, Isolated disease of the scaphoid bone of the foot in children (Koehler's disease). (Surgery, Gynecology and Obstetrics, November 1913 S. 625.) Verf. berichtet über einen Fall von Koehlerscher Krankheit bei einem Jungen von $3^1/_2$ Jahren. Es ist insgesamt der zehnte Fall dieser Erkrankung, der bis jetzt in der Literatur beschrieben wurde. Das Röntgenbild wird reproduziert. Verf. bespricht im Anschluß daran die Ätiologie, Diagnose, Prognose und Therapie.

Bemerkenswert an dem Fall ist das Fehlen eines traumatischen Momentes, das von anderen Autoren als ursächlich angegeben wird. Ebenso fehlte jeder Anhaltspunkt für Tuberkulose. Verf. neigt der Auffassung zu, daß es sich um eine Osteitis, und zwar traumatischen oder rheumatischen Ursprunges handelt, die das Knochenwachstum schädigt. Auf dem Röntgenbild ergibt das Skaphoid normale Verhältnisse. Die Therapie besteht am zweckmäßigsten in Ruhe und Massagebehandlung. K. Boas.

W. B. Swift, A voice sign in chorea. Preliminary report. (Amer. Journ. of deseases of Children, June 1914 S. 422.) Eine Untersuchung der Hervorbringung von Vokalen unter Zuhilfenahme des Kymographions zeigt eine deutliche Stimmveränderung. Dieselbe besteht in einer Erhöhung des Tones und einer Steigerung der Intensität, einhergehend mit choreatischen Bewegungen: eine Vokalveränderung, die als ein neues Zeichen bei Chorea Beachtung verdient. K. Boas.

W. B. Swift, Further analysis of the voice sign in chorea. (Amer. Journ. of diseases of children. Oktober 1914 S. 279.) Die Analyse von 20 Fällen von Chorea mit über 500 Einzelbeobachtungen über die Stimme ergibt eine Änderung des Tones der Intensität in 2 Fällen von 3, eine Veränderung, die als ein neues Symptom bei der Chorea Beachtung verdient: das choreatische Stimmphänomen. K. Boas.

Paul B. Roth, Report and remarks on a small epidemic of poliomyelitis. (Lancet 1913. 15. November.) 6 Fälle einer Poliomyelitisepidemie werden mitgeteilt. Übertragung wahrscheinlich durch Fliegen (Stomoxys calcitrans), die sich hauptsächlich in Ställen und auf Düngerhaufen aufhalten und Pferde, Rindvieh und Menschen beißen. Durch diesen Fliegenbiß kann die Krankheit von einem infizierten Affen auf einen gesunden übertragen werden. Eine der Poliomyelitis ähnliche Krankheit kommt bei Pferden vor. In unmittelbarer Nähe der Häuser der bei der mitgeteilten Epidemie erkrankten Kinder fanden sich Ställe und Höfe für Rindvieh. Die Prophylaxe gegen das Leiden hat in einem Kampfe gegen die genannte Fliegenspezies zu bestehen. Kurt Mendel.

W. A. Sawyer und **W. B. Herms,** Attempts to transmit poliomyelitis by means of the stable-fly. (Journ. of the Amer. med. Assoc. 1913. 16. August.) In 7 Experimenten gelang es den Verff. nicht, die Poliomyelitis durch die Stallfliege von Affen zu Affen zu übertragen. Diese Fliege scheint demnach als Überträgerin der Poliomyelitis praktisch nicht in Betracht zu kommen. Kurt Mendel.

J. Stock (Skalsko), Skoliose in Schulen. (Časopis českých lékařůr 53. 1914 S. 297.) Verf. fand bei den Schulkindern eine kolossale Menge von Skoliotischen, bis zu 50%; bei Mädchen etwas mehr als bei Knaben. Manche Kinder sind wohl schon bei der Aufnahme in die Schule skoliotisch, aber eine überwiegende Mehrheit derselben aquiriert ihre Skoliose erst in der Schule, wo das schlechte Sitzen die Hauptursache derselben ist. Unter der schrecklichen Zahl des

Verf.'s sind freilich die ganz geringen Abweichungen von der Norm berücksichtigt; aber — wie die Erfahrung lehrt — auch diese bleiben konstant und verschwinden mit dem Alter nicht; ein Zehntel davon hat sogar progressiven Charakter. Verf. diskutiert die Abwehrmaßnahmen. Jar. Stuchlík.

Harald Gjessing (Norweger), Ein Fall von einseitiger Melanosis sclerae mit „ganshautähnlichen“ warzenförmigen Pigmentablagerungen der Regenbogenhaut und Hyperpigmentierung des Fundus. (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1914 Nr. 7.) Bei einem sonst gesunden 4jährigen Mädchen von gesunden, nicht verwandten Eltern, beide dunkelhaarig, war das linke Auge auffallend mehr pigmentiert als das rechte, indem eine Melanosis sclerae vorhanden war; außerdem war die Regenbogenhaut mit Pigment überfüllt, so daß die gewöhnliche Irisstruktur ganz vermischt war, und anstatt der in dem rechten Auge hervortretenden Leisten und Krypten hatte die Iris zahlreiche, dichtstehende Pigmentwarzen; sie war auch viel dunkler als die rechte. Der Fundus verhielt sich ebenso. Fälle von einseitiger Melanosis sclerae wurden nur 28mal veröffentlicht, und Irisbilder wie das angeführte nur 4mal. Die Prognose dieser angeborenen Anomalie ist zweifelhaft; in den 28 veröffentlichten Fällen entwickelte sich bei 7 Melanosarkom.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft der Ärzte in Zürich.

Sitzung vom 15. II. 15 (nach Schweiz. Corr.-Bl. 1915 Nr. 19).

1. Dr. Monnier (Demonstration):

Fall von kongenitalem Verschluß des Ösophagus mit tracheo-ösophagealer Fistel. Neugeborenes, wird uns wegen einer Atresia ani gebracht. Sofortige Operation; es entleert sich reichlich Mekonium. Am 2. Tage beobachtet man, daß das Kind kurz nach der Nahrungsaufnahme einen Erstickungsanfall bekommt und das Genossene erbricht. Die Sondierung des Ösophagus ergibt einen Verschluß desselben in der Höhe der Tracheabifurkation. Die Oesophagotomia externa bestätigt den Befund, es gelingt nicht, das zentrale Stück zu finden. Bei der Sektion sieht man, daß der Ösophagus unterbrochen ist. Das obere Stück ist geschlossen und bildet einen Blindsack mit dicker Wand. Das untere Stück mündet 3 cm unterhalb des Blindsackes in die hintere Trachealwand. Die Kommunikation ist schlitzförmig. Der erwähnte Befund wiederholt sich fast stereotypisch in allen bisher veröffentlichten Fällen. Die Pathogenese ist noch ziemlich dunkel, die Therapie bis jetzt ziemlich aussichtslos gewesen. Besprechung der Symptome und der Möglichkeiten eines operativen Vorgehens.

Angeborene Pylorusstenose. 3 Wochen altes Kind erkrankt mit unstillbarem Erbrechen und Symptomen von Pylorusverschluß. Starke Peristaltik des großen Magens. Gewichtssturz, Verfall. In der gleichen Familie litten zwei andere Kinder an der gleichen Krankheit. Wegen des rapiden Verfalls und der trotz Frauenmilchernährung eintretenden Kachexie wird die Ramstedtsche Operation ausgeführt. Laparotomie. Der Magen ist enorm dilatiert, die Pylorusgegend weist einen kirschgroßen harten Tumor auf, der den Verschluß bedingt. Der Tumorring wird nach Ramstedt der Länge nach bis auf die Mukosa durchtrennt, der Muskelring klafft um 2 bis 3 mm. Die Wunde wird nicht genäht, sondern nur mit Netz bedeckt. Operation gut vertragen, der Patient bricht von diesem Momente

nicht mehr und entwickelt sich langsam. Nach einem Jahre wiegt das Kind 9 kg, leider hat es eine Pneumonie bekommen und kann nicht vorgestellt werden. Die Ramstedtsche Operation ist einfacher und kürzer als die Gastroenterostomie, die zum ersten Male von Fritzsche erfolgreich bei einem ähnlichen Falle angewandt wurde.

Diskussion: Dr. Bernheim und Prof. Feer erklären, daß sie sich in Zukunft leichter zu operativer Behandlung entschließen werden bei der relativen Leichtigkeit der Ramstedtschen Operation.

2. Prof. E. Feer (Demonstrationen):

a) **Pseudobulbärparalyseartiger Symptomenkomplex** bei einem Mädchen von 18 Monaten. Großvater väterlicherseits geistesgestört (Eltern israelitisch); vier Geschwister gesund. Nach einem Fall der Mutter 4 Wochen zu früh geboren. Lange dauernde Geburt (Zange). Gute Entwicklung bis zu $4^1/_2$ Monaten (5,5 kg). Von da an körperlicher und geistiger Stillstand, ohne daß der Beginn genau festzusetzen gewesen wäre, allgemeine Schlaffheit, trank sehr schlecht. Stühle meist gut.

Mit 9 Monaten: Gewicht 5,3 kg, graziles Kind, gute Farbe. Keine Rachitis. Kopfumfang 43 cm. Sieht und hört gut. Auffallende Hypotonie der gesamten Muskulatur. Kann den Kopf nicht heben, sitzt nicht, greift nicht. Apathisch. Maskenartiges Hängen des Gesichtes, stets offener Mund. Zunge zurückgesunken. Kraftloses Saugen, braucht oft eine Stunde für die Flasche, wobei die Milch im Liegen auf die Zunge gebracht werden muß und dann ordentlich verschluckt wird. Vor der Zunge bleibt oft lange ein Tümpel von Milch liegen, ohne nach hinten befördert zu werden. Gaumenreflex erhalten; beim Schreien zieht sich die Uvula oft nach rechts. Patellarreflexe nie auszulösen. Empfindlichkeit des Körpers beim Anrühren. Oft stundenlanges Schreien, wobei sich das Gesicht ordentlich kontrahiert. Keine Muskelatrophie, keine fibrillären Zuckungen, keine Veränderung der elektrischen Erregbarkeit in den befallenen Muskeln. Augenhintergrund, Blut, Magensaft normal. Pirquet und Wassermann negativ. Innere Organe normal.

Sehr langsame Besserung. Gewicht jetzt 7,6 kg. Lähmung im Gesicht und Zunge viel besser. Lacht häufig, nimmt Interesse an der Umgebung, greift nach Gegenständen. Bewegt die Beine kräftig, kann aber noch nicht stehen, nur schwach sitzen, wobei der Kopf noch leicht überfällt, nach hinten oder vorne. Empfindlichkeit beim Anrühren verschwunden.

Eine exakte Diagnose war bis jetzt nicht möglich. Das Krankheitsbild gleicht am meisten der paralytischen Form der kindlichen Pseudobulbärparalyse (Peritz), die nur eine besondere Form der zerebralen Kinderlähmung darstellt, womit sich aber das Fehlen der Patellarreflexe schwer vereinigen läßt (Beteiligung des Rückenmarkes?). Die verbreitete Atonie hat viel Ähnlichkeit mit der atonisch-astatischen Form der zerebralen Kinderlähmung (Förster), bei der speziell das Stirnhirn beteiligt ist.

Myatonia congenita, Myasthenia gravis, progressive Bulbärparalyse, angeborener Kernmangel, amaurotische Idiotie sind leicht auszuschließen; eine Heine-Medinsche Krankheit ist auch nicht anzunehmen (Fehlen des akuten Insultes; Intelligenzstörung, normales elektrisches Verhalten der Muskeln, Befallensein der Zunge usw.); für eine abiotrophische Nuklearerkrankung (Ziehen) paßt das Bild gar nicht, auch nicht für eine postnatale dysplastische Nuklearerkrankung oder eine ungewöhnlich früh eintretende progressive Muskeldystrophie.

b) Knabe, 5 Monate alt, mit **Pachymeningitis haemorrhagica interna.** Die Krankheit ist nicht selten; Feer beobachtete in den letzten 3 Jahren 5 Fälle (mit Einschluß eines Leukämikers 6 Fälle). Es sind meist anämische, ernährungsgestörte Säuglinge von 4 bis 10 Monaten. Erbrechen, gespannte, pulsierende Fontanella mit erhöhten Reflexen sind oft die wichtigsten Symptome, oft bestehen anfänglich noch etwas Fieber, Somnolenz, allgemeine Hyperästhesie, Hypertonie und Nackenstarre, also Symptome, die den Verdacht einer akuten Meningitis erwecken. Nicht selten sind auch heftige Konvulsionen. Die Lumbalpunktion ergab in 5 Fällen einen hämorrhagischen Liquor; daß es sich nicht um eine Punktionsblutung handelte, bewies die Punktion der großen Fontanella, welche stets dicht unter der Haut blutigen Liquor brachte. Besonders charakteristisch sind Blutungen in der Retina, die in diesen Fällen nie fehlten, daneben bestand öfters Neuritis, einmal Stauungspapille. Einmal entstand Ödem der Lider, einmal Glotzaugen. Die Krankheit geht meist in Heilung aus. Ein Fall zeigte nach 3 Monaten einen Schub von Hydrozephalie mit heftigen Krämpfen, klarem Liquor. Einmal bestand

längere Zeit eine Fazialisparese. Ein Fall heilte mit Hinterlassung von Hydrocephalus externus aus (Kopf mit 3 Jahren $55^1/_2$ cm, Atrophie und Erblindung des einen Sehnerven, intakte Intelligenz).

Die Ätiologie ist ganz unklar. Wassermann war stets negativ, das Punktat bei der gewöhnlichen bakteriologischen Untersuchung steril. Anatomisch besteht auf der Innenseite der Dura eine Wucherung der Kapillarschicht, die zarte Lamellen bildet, zwischen denen sich blutiges Transsudat befindet.

Therapeutisch scheinen subkutane Gelatine — resp. Calcineinjektionen günstig zu wirken.

c) **Chronischer Hydrocephalus internus** von $70^1/_2$ cm Umfang bei einem $1^1/_2$jährigen Kinde. Die Durchleuchtung mit einer elektrischen Taschenlampe im Dunkeln zeigt die ganze Schädelblase rosig durchscheinend, an der Basis die Schädelknochen (Frontalia usw.) als Schatten. In der Sagittallinie oben hebt sich der Sinus longitudinalis als scharfer Schatten ab.

d) $7^1/_2$jähriger Knabe mit **Dystrophia musculorum progressiva** (hypertrophische Form). Daneben besteht, wie oft, mäßige Imbezillität.

e) 12jähriges Mädchen mit **Lipodystrophia progressiva** (Simons). (1912 referiert in der Versammlung der schweizerischen pädiatrischen Gesellschaft in Genf, siehe Correspondenz-Blatt 1912, Seite 1335, damals als partieller Fettschwund bezeichnet.) Der Schwund des Fettgewebes im Gesicht, an den Armen, am Oberkörper ist noch stärker geworden; die Vermehrung des Fettgewebes an den Nates und an den Oberschenkeln hat zugenommen.

3. Prof. Feer: **Fortschritte der Diphtheriebehandlung.**

Infolge Übernahme der Diphtheriekranken des Kantonspitals in die Diphtheriestation des Kinderspitals seit letztem Frühjahr besteht jetzt hier auf absehbare Zeit die einzige Diphtheriestation für Zürich und Umgebung. Der Vortragende glaubt darum den Ärzten Rechenschaft geben zu sollen, wie hier die Diphtheriekranken behandelt werden. Andererseits hält er sich für verpflichtet, darauf aufmerksam zu machen, daß eine Anzahl Ärzte das Serum zu spät und ungenügend anwenden, so daß dann die Patienten in unrettbarem Zustande eingeliefert werden, die durch frühzeitige und starke Seruminjektion hätten gerettet werden können. Manche Ärzte warten das Resultat der bakteriologischen Untersuchung ab, das 1 bis 2 Tage dauert, und wenden erst dann Serum an, wenn der Bericht positiv lautet. Dieses Vorgehen ist falsch und bedeutet in schweren Fällen eine Zeitversäumnis, welche den Tod des Patienten verschulden kann. Man muß die Seruminjektion ganz unabhängig vom bakteriologischen Untersuchungsresultat machen, sobald das Krankheitsbild für Diphtherie spricht und nicht ganz leicht erscheint. Die Fälle sind nicht selten, wo selbst bei schwer und sogar tödlich verlaufender Diphtherie die Bazillen erst nach mehrfacher Untersuchung, sogar erst nach dem Tode gefunden werden.

Es ist wohl hier ein Hinweis auf die früheren Leistungen der Serumtherapie nicht ganz unnütz. Schon vor 20 Jahren hat Wilh. von Muralt in dieser Gesellschaft über die vorzüglichen Resultate berichtet, welche er 1894/95 am Kinderspital mit dem Heilserum erzielte. Besonders beweisend waren die Resultate von Baginsky, der 1894/95 unter 525 serumbehandelten Kindern nur 15,6% verlor, wogegen bei 126 in diesem Zeitraum ohne Serum Behandelten (aus Mangel an solchem) die Letalität 48,4% betrug, soviel wie in der Vorserumperiode.

Die sorgfältige Arbeit Schönholzers über die Diphtheriefälle des Züricher Kantonsspitals zeigt deutlich den Nutzen des Serums (Letalität der Operierten 1894 bis 1908 = $32^1/_2$%; in der Vorserumzeit betrug die Letalität 1889 bis 1894 = 74%). Wenn Schönholzer, ein überzeugter Anhänger des Serums, sich etwas reserviert über dessen Leistungen in schweren Fällen ausspricht, so ist dies wohl verständlich. Waren doch die angewendeten Serummengen (meist nur 1000 bis 2000 I.-E., bei einem schweren Material) sehr klein und subkutan beigebracht und somit nach unseren jetzigen Kenntnissen oft ungenügend. Als er 1907 und 1908 zu höheren Dosen überging, waren die Resultate schon günstiger.

Besser wie die trügerische Statistik überzeugt uns die klinische Analyse des einzelnen Falles vom Werte des Serums. Der Vortragende hat noch 4 Jahre lang am Basler Kinderspital den Verlauf der Diphtherie ohne Serum beobachtet und dann den wunderbaren Umschwung mit der Einführung des Serums miterlebt, seither an einem bedeutenden Spitalmaterial sich stets fort von dem Werte des Serums überzeugt. Er erklärt es als unverantwortlich, in einem Fall von Di-

phtherie, sofern derselbe nicht ganz unbedeutend ist, das Serum nicht sofort und ausgiebig anzuwenden.

Hier möchte er bloß auf wenige Punkte hinweisen, welche den Nutzen des Serums kennzeichnen:

a) Ansteigen der Letalität nach dem Zeitpunkt der Injektion. So ergab die Sammelstatistik von Deycke über 78000 Fälle:

Injektion am	1.	2.	3.	4.	5.	6. Tag	nach 6 Tagen
Letalität	4,3%	7,6%	14,7%	19,7%	31,6%	31,3%	31,6%

Sprechend sind auch die Kruppfälle des Kinderspitals in den letzten Jahren (83 Fälle): Am 2. Tage der Krankheit injiziert ergaben sich 7,6% Todesfälle, vom 3. bis 6. Tag je 5%, 35%, 41%, 50%, 60%!

b) Verlauf ver Spitalinfektionen mit Diphtherie. Diese Hausinfektionen bildeten früher eine schwere Sorge für den Spitalarzt. Am Basler Kinderspital starben in der Vorserumzeit von 68 Hausinfektionen von Diphtherie 38%, nur 4% weniger als bei den mit Diphtherie Eingelieferten; jetzt sterben uns keine Kinder mehr an Diphtherie, welche im Spital daran erkranken und sofort gespritzt werden.

c) In der Vorserumzeit sah der Arzt im Laufe der Behandlung die Diphtherie oft auf den Kehlkopf und die Bronchien hinabsteigen. Feer sah dies seit der Serumbehandlung nie mehr, ebenso nicht Jochmann unter 5000 Fällen, auch Heubner nicht.

d) Wenn eine Kehlkopfstenose 24 Stunden nach der Injektion noch keinen operativen Eingriff benötigt, so wird ein solcher sozusagen immer entbehrlich.

e) Die raschere Abstoßung der Membranen unter der Serumbehandlung (etwa 3 bis 4 Tage früher) erlaubt die Kanüle oder die Tube um mehrere Tage früher zu entfernen wie in der Vorserumperiode. Unter der Serumbehandlung verdient die Intubation in den meisten Fällen den Vorzug vor der Tracheotomie.

f) Die Serumbehandlung in ausreichender Dosis führt rasch zur Entfieberung und zur subjektiven Entgiftung. Ausgiebig und frühzeitig angewendet, verhütet sie meist Herzinsuffizienz, Kachexie und septische Erscheinungen, auch Nephritis und schwere Lähmungen.

Nun gibt es aber immer gelegentlich so schwere Fälle, daß sie durch die frühere Anwendungsart des Serums nicht zu retten waren, besonders wenn die Injektion nicht schon am ersten Tage geschah. Hier haben uns die letzten Jahre bedeutende Fortschritte gebracht, durch die intravenöse oder intramuskuläre Injektion, sodann durch die Anwendung höherer Dosen.

Die intravenöse Anwendung des Serums wurde in Amerika, England, Frankreich schon länger geübt, in Deutschland erst, seit sie experimentell am Tiere sich bewährt hatte. Berghaus zeigte, daß das Serum, direkt in die Blutbahn eingebracht, bis zu 500mal wirksamer ist als bei subkutaner Einverleibung. Bei subkutaner Injektion finden sich erst nach 24 Stunden größere Mengen im Blut, das Maximum erst nach 2 bis 3 Tagen. Nach einer großen Subkutaninjektion fand Park nach 6 Stunden zwei I.-E. im Kubikzentimeter Blut, nach einer großen intravenösen Injektion 20 I.-E.

Morgenroth zeigte, daß auch die intramuskuläre Injektion noch 5- bis 7mal wirksamer ist als die subkutane und daß bei der ersteren nach 4 bis 5 Stunden 5- bis 20mal mehr Serum im Blute kreist als bei der subkutanen Injektion.

Demnach ist die subkutane Injektion überhaupt zu verwerfen. Seit Jahren wendet Vortr. nur die intramuskuläre Injektion an (schmerzlos am Vastus externus) oder in schwereren Fällen die intravenöse in der Ellbeuge, sofern sich eine Vene dort erreichen läßt.

Es ist unverkennbar, wie die Heilung bei der intravenösen Injektion rascher und sicherer geschieht wie bei der subkutanen und wie auch die intramuskuläre Injektion noch der subkutanen überlegen ist.

Die Bedenken gegen die intravenöse Anwendung wegen Überempfindlichkeitserscheinungen haben sich bei zahlreichen Autoren in Tausenden von Injektionen als unbegründet erwiesen. Nur da, wo in den letzten 6 Monaten eine Seruminjektion vorausgegangen ist, wird man vorsichtshalber sich mit der intramuskulären Injektion begnügen. Das Risiko, mit der Seruminjektion zu schaden, ist so verschwindend klein gegenüber dem Schaden, den die Unterlassung der Injektion in vielen Fällen verschuldet, daß sich der Arzt in keinem Fall, der nicht ganz leicht ist, von der Injektion abhalten darf.



Gaffky hat kürzlich in einer Sammelforschung 28 Fälle von unangenehmen Zufällen infolge von Seruminjektion zusammenstellen können, davon 21 bei Erwachsenen, 21 nach Reinjektionen. Darunter waren 5 Todesfälle, 3 bei Erwachsenen nach subkutaner Erstinjektion, 2 bei 7jährigen Kindern (einer subkutan, einer intravenös, das eine Kind litt an einer schweren, an sich tödlichen Anämie). Vortr. selbst erlebte zweimal nach Reinjektionen Anfälle von Dyspnoe und Kollaps, die rasch vorübergingen.

Der zweite Fortschritt der letzten Jahre ist die Aufnahme größerer Dosen, die bei den Amerikanern schon lange üblich sind, die in einzelnen Fällen bis zu 100000 bis 400000 I.-E. im ganzen gegangen sind. Meist genügen aber auch in den schwersten Fällen 5000 bis 10000 I.-E., die eventuell am nächsten Tag zu wiederholen sind. Schick fand auf experimentellem Wege das Maximum der Wirkung bei 500 I.-E. pro Kilogramm Körpersubstanz beim Menschen. Bei schweren Lähmungen hat man in den letzten Jahren bei Anwendung von 20000 bis 40000 bis 80000 I.-E. noch Heilung erzielen können.

In leichten Fällen von Rachendiphtherie (ausschließliche Beteiligung der Mandeln) empfiehlt der Vortragende 1000 bis 2000 I.-E. intramuskulär. Ganz leichte Mandeldiphtherien, die nicht fortschreiten, kann man bei älteren Kindern unter sorgfältiger Kontrolle auch ohne Serum behandeln.

Bei schweren Fällen von Rachendiphtherie und solchen, die schon einige Tage alt sind, gibt man 5000 bis 6000 I.-E., womöglich intravenös; ebenso bei Beteiligung des Kehlkopfs. Leichte isolierte Nasendiphtherie: 2000 I.-E., schwere 5000 I.-E. Es ist wichtig, die ganze Dose auf einmal zu geben. Bei ungenügender Wirkung wiederholt man die Dose nach 24 Stunden. Leichte Lähmungen des Gaumensegels und der Akkommodation heilen von selbst. Bei schwerer Lähmung gehe man zu ganz großen Dosen (intramuskulär). Sofern man in den letzten Wochen schon eine Einspritzung gemacht hat, appliziere man vorsichtshalber vorerst nur 0,5 ccm Serum, die volle Dose nach 12 Stunden.

Selbst in verzweifelten Fällen können große Dosen noch schwere Lähmungen heilen. Dies beweist folgender Fall. Ein 14jähriger Knabe erkrankte am 30. November 1914 an schwerer Diphtherie der Mandeln und des weichen Gaumens. 2. Dezember 1000 I.-E. subkutan, 2000 intravenös. 4. Dezember: Beläge zum Teil gelöst. 9. Dezember: Sehr viel Albumen im Urin und Zylinder. Gaumensegellähmung. Puls 64, klein. 10. Dezember: Kollaps, Blutdruck 78 mm Hg. Besserung unter Digalen, Kampher und Coffein. 1. Januar 1915: Akkomodationslähmung, allgemeine Schwäche. 11. Januar: Schlucken und Sprache sehr erschwert. Zunehmende Verschlechterung in den letzten Tagen, daher vom 12. bis 16. Januar täglich 2000 I.-E. intramuskulär. In diesen Tagen sichtliche Besserung, schluckt besser. 17. Januar: Serumexanthem, darum Serum ausgesetzt. Die nächsten Tage zunehmende Verschlimmerung. Schlucken unmöglich, Rektalernährung. Atmung angestrengt. 21. Januar: Verfall. Puls 160, sehr klein, kein Fieber. Enorme Herzdilatation. Digalen und Kampher ohne wesentliche Wirkung. Dämpfung auf der rechten Lunge, für die Nacht Tod zu befürchten. 3000 I.-E. intramuskulär. 22. Januar: Sprache scheint etwas besser. 6000 I.-E. hochwertiges Serum, ebenso am 23., 24., 25. je 6000. Total in 5 Tagen = 27000 I.-E. Vom 23. Januar an bessert sich das Allgemeinbefinden und der Puls rasch. Patient verlangt selbst die Serumeinspritzungen. 26. Januar noch Sondenfütterung, sieht viel besser aus. Würgreflexe wieder vorhanden. Stimme viel besser. Puls ordentlich. 28. Januar rapide Besserung. In den beiden Serumperioden ging jeweilen die Albuminurie (welche stets der Maßstab ist der Größe der Intoxikation) rasch zurück, in der Zwischenzeit stieg sie wieder von $^1/_6{}^0/_{00}$ auf $3^3/_4{}^0/_{00}$. 10. Februar in voller Rekonvaleszenz.

Über die Leistungsfähigkeit des neuen Behringschen Diphtherieschutzmittels läßt sich noch nicht urteilen. Es besteht aus einem Gemisch von Antitoxin und Toxin, regt den Organismus zur aktiven Antitoxinproduktion an und soll so lange Zeit Schutz gewähren.

Diskussion: Prof. Schultheß hält den ersten von Prof. Feer vorgestellten Fall am ehesten für eine Poliomyelitis.

Dr. Kesselring fand bei Psychopathen nicht selten partielle Fetthypertrophien. Er hält das für Degenerationszeichen.

Dr. W. v. Muralt sen. erklärt, daß er von Anfang an auf Grund seiner guten Erfahrungen ein unentwegter Anhänger der Serumbehandlung gewesen sei.



Dr. Klinger: Die von Herrn Prof. Feer ausgesprochene Ansicht, es sollte in ernsteren Fällen mit der Injektion des Heilserums nicht gewartet werden, bis das Resultat der bakteriologischen Untersuchung vorliegt, deckt sich vollständig mit der von uns am Hygiene-Institut vertretenen Auffassung. Wir stellen jetzt unsere Diagnose ausschließlich auf Grund der kulturellen Untersuchung — aus dem direkten Ausstrichpräparat vom Tampon kann auch bei größerer Erfahrung kein sicherer Bescheid gegeben werden — und können daher unsere Antwort nicht vor Ablauf einer gewissen Minimalzeit (etwa 14 Stunden) abgeben, wozu in den meisten Fällen noch der durch die Post bedingte Zeitverlust zu rechnen ist. Nur in leichten und zweifelhaften Fällen wird deshalb der Arzt das Ergebnis unserer Untersuchung abwarten können, um danach seine therapeutischen Maßnahmen einzurichten. Der Wert der bakteriologischen Untersuchungen wird hierdurch nicht berührt, denn er beruht in erster Linie darin, daß er eine sichere Diagnose der Diphtherie gestattet; dadurch werden zahlreiche klinisch weniger typische Diphtherieerkrankungen, die sonst als solche nicht erkannt worden wären, der auch in solchen Fällen gewiß vorteilhaften spezifischen Behandlung zugeführt; andererseits werden manche klinisch diphtherieähnlichen Anginen als nicht diphtheritisch festgestellt (wiederholte Untersuchung angezeigt!), was nicht nur gestattet, unsere Diphtheriestatistik richtiger zu gestalten, sondern auch gewisse praktische Vorteile (Wegbleiben besonderer Desinfektionsmaßnahmen usw.) mit sich bringt. Wenn wir schließlich noch auf die Dienste hinweisen, welche die bakteriologische Untersuchung bei der Diphtheriebekämpfung und Prophylaxe (Nachuntersuchungen, Bazillenträger) leistet, so dürfte die Bedeutung derselben genügend hervortreten.

Es sei bei dieser Gelegenheit noch gestattet, einige Worte über die avirulenten Diphtheriebazillen zu sagen, welche wir bei unseren Untersuchungen hier und da, jedenfalls nicht gerade häufig antreffen. Es handelt sich hierbei um typische Diphtheriebazillen (also nicht um die viel häufigeren „Pseudodiphtheriebazillen"), welche sich dadurch auszeichnen, daß sie kein Diphtherietoxin bilden und daher im Tierversuch keine pathogenen Eigenschaften aufweisen, für Meerschweinchen avirulent sind. Wir haben seit längerer Zeit die Frage nach der Verbreitung dieser Bazillenvarietät und nach der Rolle, welche sie in der Epidemiologie der Diphtherie spielen, näher studiert und sind zur Überzeugung gekommen, daß ihnen auch in bezug auf den Menschen keine Pathogenität zukommt. Sie finden sich manchmal bei langdauernden Bazillenträgern — sowie überhaupt in einem gewissen, niederen Prozentsatz (etwa 1 bis 2%) unter den nicht erkrankten Kindern unserer Bevölkerung; sie werden daher, dieser Verbreitung entsprechend, auch in unserem Untersuchungsmaterial gelegentlich (meist bei leichten Erkrankungen als zufälliger Nebenbefund) angetroffen. Da wir sie, wie erwähnt, von den virulenten Bazillen äußerlich nicht unterscheiden können, werden derartige Fälle von uns positiv berichtet (Diphtheriebazillen vorhanden). Diese Bazillen sind aber unserer Erfahrung nach ungefährlich, und es ist daher unnötig, in solchen Fällen die üblichen Desinfektions- und Isolierungsmaßregeln zu ergreifen. Wir möchten daher die Herren Kollegen darauf aufmerksam machen, daß wir auf ihren Wunsch in Fällen, wo der klinisch ganz leichte Verlauf für die Anwesenheit nicht virulenter Bazillen spricht, eine Virulenzbestimmung der betreffenden Bazillen ausführen. Hierzu ist erforderlich, daß nochmals Material mit der ausdrücklichen Bemerkung: „Zur Virulenzprüfung" (wenn möglich unter Motivierung dieser Bitte) an uns eingesandt werde. Wir versuchen dann die Isolierung des Bazillenstammes und bestimmen seine Virulenz durch intrakutane Injektion am Meerschweinchen (nach Römer). Meist kann nach 4 bis 7 Tagen die Antwort erteilt werden. Ein Gleiches empfiehlt sich in Fällen, wo Personen monatelang Bazillenausscheider bleiben. — Welche Beziehungen diese avirulenten Bazillenstämme zu den virulenten haben, speziell die Frage, ob virulente Bazillen unter gewissen Umständen durch Verlust des Toxinbildungsvermögens in avirulente übergehen können, ist noch nicht genügend geklärt und bedarf weiterer Untersuchungen.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

20. Jahrgang. **August 1915.** **Nr. 8.**

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Ada Hirsch, Die physiologische Ikterusbereitschaft des Neugeborenen. Zschr. f. Kindhlk. 9. H. 2, 4 u. 5. S. 196. Alle Kinder haben im Nabelschnurserum bereits mehr Bilirubin als Erwachsene oder Kinder nach Ablauf der Ikterusperiode. Die Stärke des Ikterus neonatorum geht im allgemeinen parallel der Stärke dieser Reaktion im Nabelschnurserum. Es findet sich bei jedem Kind in den ersten 24 Stunden, eventuell noch am zweiten und dritten Lebenstag, ein Anstieg des Bilirubins im Serum. Bei ikterischen Kindern bleibt dieser Wert längere Zeit gleich hoch, während es bei ikterusfreien Kindern nach 1—3 Tagen zu steilem Abfall, selbst bis unter den bei der Geburt festgestellten Wert kommt. Es resultiert also, daß bereits vor der Abnabelung das Serum des Neugeborenen relativ viel Bilirubin enthält, daß dieser Wert nach der Geburt rasch ansteigt und meist am 2. Tag sein Maximum erreicht. Woher dieser Farbstoff stammt, darüber geben die Untersuchungen der Verf. keinen Aufschluß. Sie sprechen aber gegen jene Theorien, die als primäre Ursache für den Ikterus neonatorum eine Infektion oder sonst eine Noxe, die erst post partum wirkt, annehmen. Und wenn auch zugegeben werden muß, daß diese Faktoren den weiteren Verlauf des Ikterus beeinflussen können, so weisen die Untersuchungen der Verf. doch bei jedem Kind ganz unabhängig davon unmittelbar nach der Geburt eine gewisse Ikterusbereitschaft nach, die man, weil dieser Nachweis bei jedem Kind gelingt, als die physiologische Ikterusbereitschaft des Neugeborenen auffassen muß. Schick.

Arvo Yllpö, Ikterus neonatorum (inkl. I. n. gravis) und Gallenfarbstoffsekretion beim Fötus und Neugeborenen. (Ebenda. 9. H. 3, 4 u. 5. S. 208.) Der Ikterus neonatorum ist rein hepatogenen Ursprungs. Das hämatogene Moment spielt dabei keine Rolle. Der Ikterus neonatorum beruht darauf, daß die Leber des Neugeborenen noch einige Zeit nach der Geburt einen merkbaren Teil von Gallenfarbstoff ins Blut übergehen läßt, wie dies jede fötale Leber tut. Da nun gegen Ende der Fötalperiode und nach der Geburt die Gallenfarbstoffsekretion physiologischerweise ansteigt, so steigt auch der Gallenfarbstoffgehalt des Blutes: damit ist die Bedingung für die Entstehung des Ikterus neonatorum gegeben. Der Ikterus neonatorum ist demnach eine einheitliche physiologische Erscheinung, die bisweilen eine pathologische Stärke (Ikterus neonatorum gravis) erreichen kann. Schick.

Heinz Bertlich, Poliklinische Erfahrungen mit Larosan. (Ebenda. 9. H. 3, 4 u. 5. S. 338.) Das bekannte, von Stöltzner als Ersatz der Eiweißmilch eingeführte Larosan (Kaseinkalzium), das einfach in der Menge von 20 g der verdünnten Vollmilch zugesetzt wird, hat sich nach den Erfahrungen des Verf. in der Poliklinik außerordentlich bewährt und ist wegen der Handlichkeit der Zubereitung dem praktischen Arzte für die Therapie der Ernährungsstörungen sehr zu empfehlen. Die Bereitung geschieht folgendermaßen: Man mißt von einem halben Liter frischer Milch eine kleine Tasse ab und rührt damit zwei Päckchen 20 g Larosan kalt an, dann gießt man den dünnen Brei in den in der Zwischenzeit zum Kochen erhitzten Rest des halben Liters Milch und läßt 5 Minuten lang unter ständigem starken Rühren sieden. Zum Schluß wird, wenn nötig, durch ein Haarsieb geseiht und mit der Verdünnungsflüssigkeit auf ein Liter aufgefüllt. Schick.

Albrecht Peiper, Beobachtungen über das Wintermaximum der Säuglingssterblichkeit. (Ebenda. 9. H. 3, 4 u. 5. S. 381.) Die Höhe des Wintermaximums der Säuglingssterblichkeit steht im umgekehrten Verhältnis zu dem des Sommermaximums. Es kommt besonders ausgeprägt auf dem platten Lande zur Beobachtung. Die Wintersterblichkeit steht in keiner direkten Beziehung zu den äußeren klimatischen Einflüssen, besonders zur Temperatur oder relativen Feuchtigkeit der Außenluft. Auch die Temperatur der Wohnungen hat im Winter keinen ungünstigen Einfluß auf den Säugling. Das Wintermaximum erklärt sich in erster Linie wenigstens in den Städten aus der Zunahme von Erkrankungen der Atmungsorgane. Die Häufigkeit der Erkrankungen des Respirationstraktus wird möglicherweise durch die vermehrte Gefahr der Ansteckung an Erwachsenen bedingt, da die Kinder selbst nicht mit der Außenluft in Berührung kommen. Schick.

Bahrdt und **F. Edelstein,** Organanalysen bei Barlowscher Krankheit. (Ebenda. 9. H. 6. S. 415.) Die chemischen Analysen des Knochens ergaben eine ähnliche Zusammensetzung, wie sie bei der Rachitis bekannt ist. Dies stimmt überein mit dem makroskopisch und mikroskopisch wohlbekannten Bild einer enormen Verarmung der Knochensubstanz an Kalksalzen, die natürlich ebenso auf mangelhafter Neubildung, wie Einschmelzung von Knochensubstanz beruhen kann. Dieser ähnliche chemische Befund berechtigt nicht an sich zu einer Betonung einer ätiologischen Verwandtschaft. Kalium und Natrium im Knochen des barlowkranken Kindes sind wahrscheinlich eher vermehrt, keinesfalls kann von einer auffallenden Kalziumarmut gesprochen werden. In den viszeralen Organen finden sich keine großen Abweichungen außer einer Kalkverarmung des Muskels. Namentlich erwies sich auch der Phosphorgehalt als normal. Schick.

Hermann Putzig, Über das Vorkommen und die klinische Bedeutung der eosinophilen Zellen im Säuglingsalter, besonders bei der exsudativen Diathese. (Ebenda. 9. H. 6. S. 429.) Die Untersuchungen ergaben, daß die Werte der eosinophilen Zellen beim gesunden, normalen Säugling nicht höher liegen als beim

gesunden Erwachsenen (2—4%); daß im allgemeinen die gesunden Säuglinge, bei denen später exsudative Erscheinungen sich gezeigt haben, schon frühzeitig und besonders in der zweiten bis vierten Woche höhere Maximal- und Durchschnittswerte aufweisen als gleichaltrige, vollkommen gesunde Säuglinge. Die Untersuchungen an kranken, nicht exsudativen Säuglingen haben eine Verminderung bei akuten Infektionen und Ernährungsstörungen gezeigt, eine Vermehrung eigentlich nur in einem Falle von Hämophilie während der Resorption der Blutergüsse. Von den untersuchten Säuglingen mit Hautveränderungen zeigten eine typische Eosinophilie diejenigen mit primär-exsudativen Erscheinungen (Milchschorf, Gneis), während die Fälle mit universellem infizierten Ekzem bzw. Intertrigo keine Eosinophilie aufwiesen. Die Eosinophilie verläuft nicht konform mit der Stärke der Hauterscheinungen und besteht meist noch eine Zeit nach Abheilen des Ekzemes fort. Die Eosinophilie ist also ein Symptom der exsudativen Diathese. Die Untersuchungen zeigen von neuem, daß der Intertrigo eine Dermatitis ist, die auch bei exsudativer Diathese vorkommen kann, aber kein primäres obligatorisches Symptom ist. Auf Grund hypothetischer Betrachtungen wird auf die große Übereinstimmung zwischen Anaphylaxie und exsudativer Diathese hingewiesen, die vielleicht als eine Art protrahierter Anaphylaxie betrachtet werden kann. Schick.

Theodor Goett, Nährschaden durch psychogene Perseveranz auf Milchkost bis zum 13. Lebensjahr. (Ebenda. 9. H. 6. S. 457.) Sehr interessanter Fall eines 13jährigen Kindes, das nichts anderes als Nahrung zu sich nahm als Milch oder flüssige Milchspeisen und das dadurch sowohl körperlich schwächlich und blutarm wurde und überdies psychisch unbefriedigt und gereizt war. Alle Bemühungen der Eltern und behandelnden Ärzte waren die ganzen Jahre hindurch ergebnislos. Bis zum 12. Lebensjahr trank der Patient mit Gummisauger und Säuglingsflasche. Im letzten Jahre bestand die Nahrung aus folgendem: 2,5 bis höchstens 3 l Kuhmilch, 3 bis höchstens $3^1/_2$ Semmeln (à 45 g), 3 Eidottern, 4 bis $4^1/_2$ Stück Zucker (à 9 g), 3 Kaffeelöffeln Sanatogen. Der Kalorienbedarf des Kindes war durch diese Nahrung weitaus gedeckt. Es war wohl das Eisenangebot in der Nahrung zu gering, daher die hochgradige Anämie. In der Klinik (von Pfaundler) gelang es ohne Zwang, den Patienten zur Aufnahme auch festerer Speisen (gehacktes Fleisch) zu gewöhnen. (20 Tage Aufenthalt.) Schick.

Heinrich Davidsohn, Beitrag zur Magenverdauung des Säuglings. (Ebenda. 9. H. 6. S. 470.) Die Verdauung der Milch im Säuglingsmagen erfolgt in zwei Abschnitten. Im ersten vollzieht sich die Gerinnung, im zweiten vornehmlich die Fettverdauung, daneben vermutlich eine an Umfang geringe Kaseinverdauung. Die Existenz einer eigenen Magenlipase kann als völlig erwiesen angesehen werden. Schick.

Reckzeh, Über Blutgiftanämien junger Individuen. (Aus der II. med. Universitätsklinik zu Berlin.) (Kind. A. 1915. Nr. 5.) 1. Es gelingt, durch Blutgifte bei Tieren eine schwere progressive Anämie

hervorzurufen, welche der menschlichen perniziösen Anämie gleicht und zwar sowohl, wie aus früheren Untersuchungen bekannt war, bezüglich des Verhaltens der roten Zellen und des Hämoglobingehaltes, als auch, wie die Versuche lehren, bezüglich der Megaloblasten, der weißen Zellen und der myeloblastischen Degeneration des Knochenmarkes.

2. Es gelingt, durch Blutgifte bei neugeborenen und jungen Tieren Anämien hervorzurufen, welche unter dem Bilde der menschlichen Anämia infantum pseudoleukämica verlaufen. Grätzer.

F. Umber, Karamose (Merck) für Diabetiker und Kinder. (Aus der I. Inneren Abteilung des Städtischen Krankenhauses Charlottenburg-Westend.) (D. m. W. 1915. Nr. 7.) Merck bringt neuerdings Traubenzuckerkaramel unter dem Namen Karamose in den Handel. Karamose enthält höchstens noch Spuren von Dextrose und ist also praktisch als zuckerfrei zu betrachten.

Mit wenig Ausnahmen nehmen die Diabetiker die Karamose gern, sofern sie in einer zweckmäßigen Form gereicht wird. Verf. wählte als solche in der Regel die Form von Cremes, Gefrorenem, Puddings oder Gebäck von folgender Zusammensetzung.

Karamosecreme: 50 g Karamose werden mit 200 g Sahne und etwas Vanille aufgekocht, dann mit zwei gut verrührten Eigelben gut durchmischt, dann auf dem Warmbade zu cremeartiger Konsistenz eingeengt und schließlich je nach persönlichem Geschmack mit mehr oder weniger Tropfen einer 20%igen Kristallsaccharinlösung versetzt. Diese Creme kann auch in gefrorenem Zustand als Eis gereicht werden.

Durch Zusatz von zwei Tafeln Gelatine kann man diese Creme in Puddingform verwandeln.

Ein sehr wohlschmeckendes Schaumgebäck, das zum Tee oder Kaffee gerne genommen wird, läßt sich folgendermaßen darstellen: 300 g Eiereiweiß werden zu sehr steifem Schnee geschlagen, mit etwas feingestoßener Vanille und 200 g Karamose vermengt, bei mäßiger Hitze eine Stunde in Form kleiner Plätzchen gebacken. Dann eventuell mit Kristalloselösung bestrichen.

Ferner läßt sich die Karamose sehr gut auf ein Omelette aufstreuen, das dann mit Rum abgebrannt wird.

Eine möglichst variierte Darreichungsform der Karamose ist nicht unwichtig und erhält dem Kranken die Freude an dieser. Die Menge soll nicht wesentlich über 100 g pro Tag hinausgehen, da sonst leicht Durchfälle die weitere Darreichung unmöglich machen und die Resorption im Darm zu ungünstig wird. Damit leistet man schon einen ganz beachtenswerten Kalorienzuschuß, da 1 g wasserfreie Substanz in der Berthelotschen Bombe 4,3—4,6 g Kalorien liefert, und 90% und mehr der zugeführten Karamose im Darme resorbiert werden, wenn die dargereichten Tagesmengen 100 g nicht überschreiten. Bei größeren Mengen verschlechtert sich die Ausnutzung.

Gerade in der Möglichkeit, der Kostordnung des Diabetikers auf diese Weise ein wohlschmeckendes, verträgliches, die Glykosurie nicht oder nur ganz unbedeutend steigerndes Kohlehydrat zuzufügen, sieht Verf. den Hauptvorteil der Karamose, weniger in der Verwendung zu

sogenannter einseitiger Kohlehydratkur nach Analogie der Haferkur, obwohl sie auch hier zuweilen — wenn auch nicht immer — imstande ist, günstig zu wirken.

Bei schweren, zur Azidose neigenden Diabetikern muß in jedem einzelnen Fall erst geprüft werden, ob Karamose glykosuriesteigernd wirkt, was Verf. mehrfach bis zu einem gewissen Grade beobachtet hat, wenn auch niemals die glykosuriesteigernde Wirkung der Karamose derjenigen der Kohlehydrate gleichkommt.

Auf der Kinderstation hat sich die Darreichung der Karamose als mildes Laxans zur Regulierung von Verdauungsstörungen recht gut bewährt. In erster Linie bei dyspeptischen, rachitischen, spasmophilen oder ernährungsgeschädigten Kindern und Säuglingen, wenn beabsichtigt wird, zunächst ein gut wirkendes Laxans darzureichen. Verf. hat dann die Karamose in Mengen von 5 g der jedesmaligen Tee- oder Schleimportion zugesetzt. Die Kinder nehmen die Karamose auf diese Weise sehr gern, es stellen sich dabei sehr gute, dünnflüssige, dunkelbraune, homogene Entleerungen ein, ohne Zeichen von Gärung. In einzelnen Fällen sah Verf. sogar vorher saure, gärende Stühle alkalisch werden. Koliken oder irgendwelche sonstigen unerwünschten Nebenwirkungen sah er dabei nicht auftreten. Grätzer.

K. Michelsen, Fünf Fälle der Calvé-Perthesschen Krankheit. (Aus dem Kysthospitalet in Refsnes [Dänemark].) (D. m. W. 1915. Nr. 8.) Unabhängig von Calvé, und ehe Perthes 1913 auf ein spezifisches Hüftleiden bei Kindern hingewiesen hatte, das von dem letzteren als Osteochondritis deformans juvenilis bezeichnet wurde, hatte man hier im Kysthospitalet auf Refsnäs erkannt, daß gewisse Hüftleiden, die früher regelmäßig als tuberkulös angesehen worden waren, nicht tuberkulöser Natur sein könnten, sondern in wesentlichen Punkten von solchen sich unterschieden.

Es handelte sich um Kinder, die nach einem Trauma oder ohne äußeren Anlaß zu hinken und über leichte Schmerzen in der Hüfte zu klagen anfingen und ein klinisches Bild zeigten, das durchaus mit dem bei beginnender tuberkulöser Coxitis zu erwartenden stimmte. Es war deshalb auch nicht zu verwundern, daß diese Diagnose in allen Fällen anfangs gestellt worden war. Eine genauere Untersuchung aber und eine Beobachtung des Verlaufes, wie sie nur in einem Hospital möglich ist, mußte diese anfängliche Diagnose umstürzen.

In 2 von den 5 Fällen, von denen hier die Rede ist, hatte dies auch keine großen Bedenken, denn wiederholte Tuberkulinuntersuchungen, vorgenommen sowohl ad modum Pirquet als durch Injektion verdünnten Tuberkulins, batten negatives Ergebnis. Es muß hier hervorgehoben werden, daß es der konsequent durchgeführten Tuberkulinuntersuchung. wie sie hier an allen Kindern und im Falle negativer Reaktion nicht einmal, sondern zu wiederholten Malen und mit verschiedenen Modifikationen vorgenommen wird, zu verdanken war, daß in diesen Fällen Verdacht auftrat. Die 3 übrigen reagierten positiv auf Tuberkulin, aber bei allen 5 Patienten war das Röntgenbild und der Verlauf der Krankheit solcher Art, daß die Diagnose Coxitis tuberculosa nicht aufrecht zu erhalten war; und man hatte den bestimmten Eindruck, hier einem Morbus sui generis gegenüber zu stehen.

Es handelte sich um Kinder, 4 Knaben und 1 Mädchen, im Alter von 4—9 Jahren. Bei allen leiteten Hinken und Schmerzen die Krankheit ein, welch letzteres Symptom jedoch nur bei dem Patient 3 sich stärker geltend gemacht zu haben scheint. In der Krankheitsgeschichte 4 ist von Schmerzen überhaupt nicht die Rede, sondern nur von Hinken, das sogar erst nach einigem Gehen sich einstellte. Die subjektiven Symptome sind, mit anderen Worten, leicht und wenig beunruhigend. Die objektive Untersuchung ergibt in allen 5 Fällen ziemlich gleiches Resultat: Die Hüfte ist indolent. Die Beweglichkeit ist gut nach allen Richtungen, außer für Abduktion, die bei den Patienten Nr. 1 und 5 erheblich eingeschränkt ist, bei den 3 übrigen dagegen nur in geringem Maße. In allen Fällen wird etwas Atrophie des Femur und der Nates gemessen. Anamnese und objektive Untersuchung stimmen also überein und rufen zunächst den Eindruck hervor, daß es sich um eine tuberkulöse Coxitis im Anfangsstadium handelt. Es ist nämlich wohl zu bedenken, daß Abweichungen von dem bekannten Coxitisbild mit der klassischen Einteilung in drei Stadien keineswegs selten sind, und man hat Beispiele dafür, daß die Coxitis ebenso wie diese Leiden mit eingeschränkter Abduktion debütieren kann. Solche Abweichungen von dem gewöhnlichen Bild können durch verschiedene Verhältnisse bedingt sein, z. B. durch den Sitz des Focus. Der Verlauf war aber in den 5 Fällen auffallend rasch und günstig. Der Zeitraum von dem Anfang der Krankheit bis zur Entlassung des Patienten aus dem Hospital beträgt für den Patienten Nr. 1 $1^1/_2$ Jahr, Nr. 2 ist $1^1/_4$ Jahr krank, Nr. 3 10 Monate (gerechnet von der plötzlichen Verschlimmerung bis zur Entlassung von hier), Nr. 4 $1^1/_4$ Jahr und Nr. 5 kaum 1 Jahr (wurde jedoch vor dem endgültigen Abschluß der Behandlung entlassen). Alle Kinder wurden mit gutem funktionellen Resultat entlassen, d. h. sie waren, als sie das Hospital verließen, imstande, gut und ausdauernd zu gehen, ohne Schmerzen in der kranken Hüfte. Nr. 4 und 5 ohne Hinken, die übrigen mit leichtem Hinken; und dies Resultat ist für die letzten 4 Patienten bis heute unverändert geblieben. Nur der Patient Nr. 1 hat um Weihnachten vorigen Jahres leichte Schmerzen in der kranken Hüfte gehabt; über die 4 übrigen wurde in der letzten Zeit mitgeteilt, daß sie faktisch so gut wie gesund sind, ohne Störungen von seiten der Hüfte.

Was nun endlich die Röntgenbilder von diesen Hüften angeht, so sind diese so charakteristisch, daß sie eine bestimmte Diagnose zulassen, was weder die Anamnese noch die objektive Untersuchung der Patienten tat.

Was bei der Betrachtung dieser Bilder zunächst in die Augen springt, ist das merkwürdige Mißverhältnis zwischen den verhältnismäßig leichten Symptomen, die der Patient aufweist, und den großen Veränderungen der Knochen, welche die Bilder enthüllen. In weit vorgeschrittenen Fällen sieht man folgendes: Das Caput femoris ist deform und verkleinert, indem es in Gestalt einer mehr oder minder flachen Scheibe das Collum femoris bedeckt. Bald sieht es aus, als hätte das Caput an Breite gewonnen, was es an Höhe eingebüßt hat, indem es das Collum nicht nur bedeckt, sondern auch über dessen Ränder hervorragt, und das obere Ende des Femur hat dann am

ehesten die Gestalt eines Pilzes; bald ist das Caput in allen Dimensionen verkleinert und vermag dann nur sehr unvollkommen das Collum zu bedecken. Die obere Fläche des Caput hat bisweilen seine konvexe Krümmung eingebüßt, ja ist sogar konkav eingewölbt. Die Struktur in der oberen Epiphyse des Femur ist ganz verändert. Anstatt sich, wie es normal ist, mit unregelmäßigem Knochenschatten darzustellen, sieht man, daß sie in ihrer Zeichnung marmoriert ist, indem regelmäßig hellere und dunklere Partien abwechseln. Bald sind die helleren Partien vorherrschend, und der Knochenschatten erscheint dann nur in der Gestalt kleiner Inseln, bald findet man, daß der Knochenschatten vorwiegt und von kleineren Lichtungen gleichsam durchlöchert ist. Endlich kann die Zeichnung wirklich marmoriert sein, und Lichtungen und Knochenschatten beherrschen dann in gleichem Maße das Bild. Die Epiphysenlinie, die sich normalerweise als ein regelmäßiges, überall gleich breites Band durch den Knochen hinzieht, ist auf diesen Bildern unregelmäßig, von ungleicher Breite und stellenweise von Knochenschatten unterbrochen. Auch das Collum hat veränderte Gestalt, es ist breiter und plumper und gleichsam kompakter, als es normal ist; und in alten Fällen erfolgt eine Umbildung des Acetabulum, indem dies sich den Formveränderungen des Caput und Collum anfügt. Dies findet man in weit vorgeschrittenen Fällen der Krankheit. Im Anfangsstadium sind die Veränderungen weit geringer, weisen aber doch in dieselbe Richtung; das Caput ist weniger abgeflacht, die Marmorierung nur angedeutet, die Epiphysenlinie fast oder ganz regelmäßig. Ebenso wie der Verlauf der Krankheit günstig ist, so sieht man dementsprechend auf dem Röntgenbild sozusagen eine Restitutio ad integrum, doch mit Beibehaltung einer mehr oder minder ausgesprochenen Coxa vara-Stellung, die das Hinken bedingt, das sich als einziges Symptom der Krankheit jahrelang halten kann.

Diese Krankheitsgeschichten entsprechen sowohl in klinischer als in röntgenologischer Beziehung den Hüftleiden, die zuerst von Calvé (1910) und später von Perthes (1913) beschrieben wurden. Noch früher jedoch haben Waldenström und schon 1908 Köhler ihre Aufmerksamkeit dieser Krankheit zugewandt gehabt, aber beide haben sie als eine besonders günstige Form der tuberkulösen Coxitis aufgefaßt; Köhler äußert jedoch Zweifel an der Richtigkeit dieser Diagnose wegen des überaus raschen und günstigen Verlaufes, den die Krankheit bei dem betreffenden Patienten nahm — hierüber aber unten mehr.

Hier in Dänemark sind nur wenige Fälle veröffentlicht worden. Flemming-Möller hat in der Ugeskrift for Läger Nr. 10, 1914, zwei Krankheitsgeschichten referiert, Rovsing in der Bibliothek for Läger, März 1914, einen Fall.

Es ist ein ziemlich seltenes Leiden, das in weitaus den meisten Fällen Knaben ergreift, welche Regel durch diese 5 Fälle, von welchen 4 Knaben waren, eine hübsche Bestätigung erfährt. Unter den 15 Fällen von Perthes, aus der Tübinger Klinik, waren 13 Knaben. Das Leiden kann doppelseitig auftreten, ist jedoch meist einseitig. Die rechte und die linke Hüfte werden gleich oft ergriffen. Das Prädilektionsalter ist 5—10 Jahre. Grätzer.



C. T. Noeggerath, Beobachtungen aus der Freiburger Kinderpraxis. (D. m. W. 1915. Nr. 10 u. 11.) Verf. teilt interessante Beobachtungen mit, die er bei der Freiburger Bevölkerung in Hinsicht auf Zahnkaries, Pseudokrupp, nervöse Konstitution, Unterernährung von Säuglingen, chronische Dyspepsie älterer Kinder, einige Infektionskrankheiten, Syphilis gemacht hat. Grätzer.

Felix Rosenthal und **Erich Kleemann,** Über die Einwirkung von mütterlichem und fötalem Menschenserum auf Trypanosomen. (Aus der medizinischen Klinik und der Frauenklinik der Universität Breslau.) (B. kl. W. 1915. Nr. 4.) Aus den Untersuchungen geht hervor, daß der trypanozide Gehalt des fötalen Serums deutlich hinter dem des mütterlichen Serums zurücksteht und daß somit der Organismus des Neugeborenen auch in bezug auf seinen „Blutkanon", wie Ehrlich die Summe der Serumfunktionen bezeichnet, gegenüber dem des Erwachsenen als nicht völlig entwickelt anzusehen ist.

In der Milch ließen sich trypanozide Substanzen nicht nachweisen, so daß die Annahme berechtigt ist, daß nach der Geburt durch den Saugakt trypanozide Substanzen von der Mutter in das Kind nicht gelangen.

Besonders betont sei noch die eklatante prophylaktische Heilwirkung des Gravidenserums, das häufig auch in ganz geringen Mengen außerordentlich lange, vielleicht sogar definitiv die Entwicklung der Trypanosomeninfektion zu verhindern vermochte. Es scheint, wie sich bisher aus einigen in dieser Richtung unternommenen Untersuchungen ergibt, in der letzten Periode der Gravidität eine starke Anreicherung des Schwangerenserums mit trypanoziden Substanzen stattzuhaben. Grätzer.

H. Bergmann, Kavernöse Lungentuberkulose beim Säugling. (Aus der inneren Abteilung des Stadtkrankenhauses zu Chemnitz.) (Ebenda. 1915. Nr. 4.) Interessanter Fall, an dessen Schildelung allgemeine Bemerkungen angeknüpft werden. Grätzer.

Fritz Heinsius, Über die operative Behandlung und Heirung der totalen Blasenektopie. (B. kl. W. 1915. Nr. 9.) Bei einem sonst normal entwickelten 6jährigen Mädchen, das an einer totalen Blasenektopie leidet, gelingt es, durch eine der Idee des Verfahrens nach Trendelenburg entsprechende Behandlung die gewünschte Heilung herbeizuführen.

Das Kind wird, nachdem das bestehende Ekzem abgeheilt und der Blasenkatarrh beseitigt ist, zunächst einer Kompressionsbehandlung durch Gurte ausgesetzt. Dieses Vorgehen erweist sich auf die Dauer als nicht genügend ausreichend. Es wird deshalb das in der Krankengeschichte näher beschriebene Kompressorium konstruiert, das einen starken seitlichen, leicht modifizierbaren Druck vermittelst eingeschlagener Nägel auf das Becken überträgt. Die Durchschneidung der Synchondroses sacroiliacae erweist sich allein als noch nicht ausreichend; es wird daher noch eine Durchmeißelung des Os pubis sin. hinzugefügt.

Schließlich gelingt die Heilung nicht durch eine durchgreifende Naht, wie sie ursprünglich vorgeschlagen wurde, sondern wird durch eine Etagennaht mittels feinster Nähte erzielt.

Es sind also zwei Dinge, die Art der Kompression und ausgedehnte, zum Teil modifizierte Hilfsschnitte sowie Etagennaht behufs Verschlusses einer restierenden Fistel, die Punkte in der weiteren Entwicklung des genial ausgedachten Trendelenburgschen Verfahrens darstellen. Alles dies sind scheinbar Kleinigkeiten, deren Wert aber nur derjenige beurteilen kann, der die subtile Technik der Behandlung der Blasenektopie einmal selbst erprobt hat.

Als Vorläufer der Idee, die Schambeine einander zu nähern, wird das unblutige Verfahren von Chavasse in der Literatur erwähnt. Er legte angeblich das Kind auf einen Klotz, der einen nach unten spitzwinkligen Einschnitt hatte. Nennenswerte Erfolge sind hiermit später nicht erzielt. Immerhin wird es sich empfehlen (auch nach Trendelenburg), in Zukunft die Kinder möglichst früh eventuell durch eine geeignete Gurtbandage oder Gummibinden zu behandeln, solange das Becken noch weich und kompressibel ist. Bei einiger Aufmerksamkeit scheinen auch kleine Kinder solche Bandagen ganz gut zu vertragen.

Die Operation selbst wird man auch in Zukunft erst gegen das 6. Lebensjahr machen, da bei den Neugeborenen die Verhältnisse doch gar zu winzig sind.

Die Absaugung des Urins mittels einer an die Wasserleitung angeschlossenen Saugpumpe, wie es Trendelenburg empfiehlt, ist gewiß eine große Erleichterung für die Pflege, aber nicht unbedingt notwendig, wie obiger Fall zeigt. Daß diese Pflege eine sehr sorgfältige sein muß, ist selbstverständlich.

Die Art der Kompression, wie sie Trendelenburg angibt, reicht nicht aus. Deshalb suchte Verf. nach einem geeigneten Kompressorium und benutzte ein dem Wilmsschen nachgebildetes. Vielleicht läßt sich dies Kompressorium noch etwas leichter als dies, welches Verf. benutzte, in Zukunft arbeiten und am Bügel, wo dasselbe aufgehängt wird, ausziehbar gestalten.

Einen unbestreitbaren Nachteil des ganzen Verfahrens bildet natürlich die lange Dauer desselben. Der Erfolg in obigem Falle dürfte diesen Nachteil jedoch reichlich aufwiegen. Grätzer.

Fürst, Über die Verschleppungsmöglichkeit pathogener Darmbakterien durch Brot. (Aus der kgl. bakteriolog. Untersuchungsanstalt München.) (M. m. W. 1914. Nr. 26.) Typhushautinfektion in einer Kinderbewahranstalt, hervorgerufen durch Brot aus einer Bäckerei, in der Typhuserkrankungen vorgekommen waren.

Grätzer.

Schloessmann, Wiederanheilung einer fast vollständig abgeschnittenen Hand mit guter Funktion. (Aus der chirurg. Klinik in Tübingen.) (Ebenda.) Einem 10jährigen Knaben wurde durch eine Futterschneidemaschine die rechte Hand so abgeschnitten, daß nur am Ulnarrande eine kaum 3 cm breite Haut- und Weichteilbrücke stehen blieb. Glücklicherweise waren in dieser Brücke Art.

und Nerv. ulnaris unversehrt geblieben, außerdem befanden sich die Sehne des Flexor carpi ulnaris und die halb angeschnittene Sehne des Extens. carpi ulnaris darin. Man beschloß, konservativ vorzugehen. Dabei wurden 22 durchtrennte Sehnen vereinigt und der Nervus medianus. Der Erfolg war in höchstem Grade zufriedenstellend. Pat. war imstande, kleinere und größere Gegenstände zu fassen, zu essen und zu trinken, zu schreiben usw.

Im Hinblick auf die Frage der Heilung von Nervenverletzungen dürfte noch herauszuheben sein, daß die nach 6 Monaten nachweisbare Regeneration der nervösen Leitung in den peripheren Bezirken der durchschnittenen Nerven eine absolute vollkommene war. Die Sensibilität fand sich, selbst in ihrer höchsten „epikritischen" Form, der feinsten Berührungsempfindung, fehlerlos ausgeprägt, zum Zeichen dafür, daß die sensiblen Neurofibrillen von der Verletzungsstelle aus lückenlos in die alten Bahnen eingewachsen waren. Aber auch die motorischen Fasern mußten — soweit sie überhaupt von den zwei durchtrennten Nerven zur Hand abgegeben werden — gänzlichen Wiederersatz gefunden haben. Denn eine besonders darauf gerichtete Untersuchung ergab, daß in den vom M. medianus versorgten kurzen Handmuskeln (Opponens pollicis, Abductor pollicis brevis, Lumbricalis II und III) weder Funktionsausfall noch auch muskuläre Atrophie bestand. Nun wurde ja, wie oben erwähnt, nur am M. medianus die Nervennaht ausgeführt, am Radialis unterlassen. Es ist interessant, daß dessenungeachtet die periphere Regeneration beider Nerven gleich schnell und gleich gut zustande kam! Das bestätigt die im Experiment und zuweilen auch in der Praxis gemachte Erfahrung, daß auch ohne Nervennaht das Einwachsen eines durchschnittenen Nerven in seinen peripheren Anteil stattfindet, vorausgesetzt nur, daß die beiden Nervenschnittenden aneinander zu liegen kommen. Diese Voraussetzung dürfte beim Zusammenfügen der glatten Schnittflächen der abgeschlagenen Hand wohl erfüllt gewesen sein. Grätzer.

v. Malaisé, Hirntumordiagnosen. (Aus der Univ.-Poliklinik München.) (Ebenda. 1914. Nr. 28.) 3 Fälle, die viel Interessantes bieten. Grätzer.

Friedrich Föhrenbach, Poliklinische Erfahrungen mit Larosan. (Aus der medizinischen Poliklinik der Universität Tübingen. (Ebenda. 1914. Nr. 27.) Auch in der poliklinischen Praxis, bei recht ungünstigem Material, hat sich Larosan bestens bewährt.

Was die Frage des Preises des Larosans anbelangt, so ist derselbe leider doch noch immer ein nicht unbeträchtlicher; es werden deshalb wohl noch große Schwierigkeiten bis zu seiner Zulassung zu den Krankenkassen bestehen. Verf. glaubt, dem könnte einigermaßen abgeholfen werden, wenn sich die Firma Hoffmann-La Roche dazu entschlösse, das Larosan auch in kleinen Packungen, etwa jeweils 4mal 20 g in einer Packung, abzugeben. Wie einige Fälle zeigen, genügt oft schon, besonders in Fällen akuter Dyspepsien, die Verordnung von Larosan wenige Tage hindurch, einen dauernden Heilerfolg zu erzielen. Dann, in kleineren Packungen in den Handel gebracht, wäre die Larosantherapie auch recht billig. Grätzer.

A. Lichtenstein, Erfahrungen mit Eiweißmilch. (Aus dem Sachsschen Kinderkrankenhause, Stockholm.) (Ebenda.) Die Resultate waren gute, und zwar sowohl in akuten Fällen, darunter auch Fälle von Cholera infantum mit schweren Intoxikationssymptomen, wie auch in chronischen Fällen, darunter hochgradige Atrophiker. Auch bei Ernährungsstörungen infolge parenteraler Infektionen hat sich die Eiweißmilch gut bewährt. Das Mittel scheint in der Tat „einen heilsamen Einfluß auf die Intakterhaltung der Ernährungsfunktionen“ zu haben; es übertrifft in dieser Hinsicht nach Ansicht des Verf.'s andere artefizielle Ernährungsmethoden. Grätzer.

Richard Drachter, Die Gaumenspalte und deren operative Behandlung. (Aus der chirurgischen Universitäts-Kinderklinik München.) (Ebenda 1914. Nr. 29.) Zuerst ist der Zwischenkiefer in die richtige Stellung zu bringen; denn von dem Grade der abnormen Stellung des Zwischenkiefers hängt in erster Linie die Breite der Spalte im Bereich des Alveolarfortsatzes ab. Der Spalt wird geschlossen, die durchgehende Gaumenspalte wird zu einer nicht durchgehenden. Die einfache Operation der Hasenscharte aber ist der beste Weg zum Redressement des Zwischenkiefers. Grätzer.

Theodor Müller, Zur operativen Behandlung der Herzschüsse. (Aus dem städtischen Krankenhaus Augsburg.) (Ebenda 1914. Nr. 30.) 15jähriger Lehrling mit Schuß in der Herzgegend, den er sich mit kleinem Terzerol beigebracht. $^3/_4$ Stunden nachher Operation wegen Erscheinungen von Herztamponade. $2^1/_2$ Monate später geheilt entlassen. Ein 2. Fall — 10jähriges Mädchen — interessiert wegen der Aetiologie (beim Durchbrechen durch ein Glasdach dringt ein Splitter in die Herzgegend ein) und deshalb, weil anfangs die Verletzung ganz harmlos erschien. Hier Exitus nach der Operation. Grätzer.

Weih, Erfahrungen mit Tricalcolmilch beim kranken Säugling. (Aus der akademischen Kinderklinik zu Köln.) (Ebenda.) Die chemische Fabrik Dr. W. Wolff & Co., Elberfeld, bringt unter dem Namen: Tricalcol-Eiweißmilch ein Präparat in den Handel, welches es ermöglicht, auf einfachste Weise eine im übrigen der Finkelsteinschen Eiweißmilch ähnliche Milchmischung herzustellen, welche jedoch einen doppelt so hohen Kalk- und Phosphorsäuregehalt besitzt.

Die Tricalcolmilch leistete zweifellos Günstiges bei der Behandlung der Spasmophilie, Rachitis, der Mitbehandlung lymphatischer Ekzeme, sowie bei akuten Ernährungsstörungen und ist wohl mit dem Larosan oder der Eiweißmilch auf eine Stufe zu stellen. Bei der Behandlung schwer geschädigter Kinder, besonders in den ersten Lebensmonaten, versagt es teilweise, wie ja jene auch, und kann die eigentliche Heilnahrung des Säuglings, die Frauenmilch, nicht ersetzen.

Hinderlich bei Anwendung in größeren Anstalten ist der relativ hohe Preis, der das Doppelte des Larosans beträgt und denjenigen der, wie das ja in größeren Betrieben üblich ist, selbst hergestellten Eiweißmilch bei weitem übertrifft. Grätzer.

K. Grimm, Taenia saginata beim Säugling. (Aus dem städtischen Kinderhospital in Köln.) (Ebenda. 1914. Nr. 32.) $10^1/_2$ Monate altes Kind, das 2 Monate vorher rohes geschabtes Fleisch erhalten hatte, entleerte Proglottiden und Eier der Taenia saginata, hatte aber keinerlei Beschwerden oder Krankheitszeichen. Es erhielt Kukumarin (Firma Jungclaussen, Hamburg) 20 g mit seiner Milch. 10 Stunden später geht die 3,25 m lange Taenia mit Kopf ab. Kukumarin sollte bei kleinen Kindern stets versucht werden.

Grätzer.

Erwin Meyer, Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Salvarsans auf die kongenitale Syphilis des Fötus bei Behandlung der Mutter. (Aus der städtischen Frauenklinik zu Frankfurt a. M. Aus dem Kgl. Institut für experimentelle Therapie. Aus dem chemisch-physiologischen Institut.) (Ebenda. 1914. Nr. 33.) Der Arsengehalt der Plazenta entspricht dem Arsengehalt des in der Plazenta kreisenden mütterlichen Blutes.

Eine nicht erkrankte Plazenta ist für Arsen nicht durchgängig.

Bei syphilitischer Erkrankung der Plazenta kann Arsen durch die Plazenta hindurchgehen. Ein Urteil über die Häufigkeit des Arsenüberganges durch die syphilitische Plazenta kann nicht abgegeben werden.

Die Erfolge bei der Behandlung der kongenitalen Lues des Kindes durch Salvarsan müssen wohl in der Hauptsache der primären Beeinflussung der mütterlichen Lues zugeschrieben werden. Die Wirkung ist wahrscheinlich eine prophylaktische bzw. hemmende in bezug auf die Erkrankung der Plazenta.

Das Salvarsan wird von den schwangeren Frauen gut vertragen. Abort oder Blutungen treten nach intravenöser Infusion von Salvarsan nicht auf. Ein Absterben des Fötus nach einer Salvarsaninfusion ist nicht beobachtet worden.

Von 37 in der Schwangerschaft kombiniert mit Salvarsan und Quecksilber genügend behandelten Müttern werden in 97,4% lebende Kinder geboren. Von sämtlichen 43 mit Salvarsan und Quecksilber in der Schwangerschaft behandelten Müttern sind nach den ersten 10 Lebenstagen noch 86% am Leben, 15,8% der Kinder weisen bei der Geburt eine positive W.R. auf.

Die Aussicht, in jedem Stadium der maternen Syphilis ein lebendes, gesundes Kind zu erhalten, steigt mit der injizierten Dosis. Die untere Grenze der therapeutischen Dosis liegt bei 1,5 g Salvarsan + 0,5 g Hydr. sal.; in einem geringen Prozentsatz kann auch unterhalb dieser Dosis ein gesundes Kind geboren werden.

Kinder syphilitischer Mütter müssen auch ohne klinische oder serologische Zeichen der Syphilis nach der Geburt antiluetisch behandelt werden.

Grätzer.

Ernst Köck, Über schwere, nicht diphtherische Kehlkopfstenose bei Kindern. (Aus der Universitäts-Kinderklinik Freiburg i. B.) (Ebenda.) 1. Die „atypische Form des Pseudokrupps" ist eine wenig bekannte, jedoch nicht seltene und wichtige Erkrankung.

2. Pyogene Infektion der Kehlkopfschleimhaut vermag scheinbar so ganz verschiedene Krankheitsbilder wie atypische Form des Pseudokrupps und Laryngitis phlegmonosa auszulösen.

3. Da die Kehlkopfschleimhaut durch Eitererreger noch erheblich stärker als durch Diphtheriebazillen geschädigt wird, so soll beim Nachweis der ersteren als Krankheitsursache grundsätzlich von der Intubation abgesehen und primäre Tracheotomie gemacht werden. Sollte, was nicht selten der Fall sein wird, die pyogene Natur der Infektion erst nachträglich durch das Kulturergebnis aufgedeckt werden, so ist an Stelle der Intubation sogleich die sekundäre Tracheotomie vorzunehmen. Grätzer.

Paula Tobias, Rezidivierende Nabelkoliken der Kinder. (Ebenda.) Die Anfälle hält Verf. für Symptome eines Ulcus ventriculi bzw. duodeni oder dessen Vorstufen in dem Sinne, wie v. Bergmann sie für Erwachsene in letzter Zeit mehrfach und ausführlich beschreibt, also für Krämpfe im Gefäßsystem der Magen- bzw. Darmschleimhaut. Diese Annahme läßt sich zwanglos auf fast alle von Friedjung und Moro angeführten Fälle übertragen, besonders da auch dort vielfach andere angiospastische Zustände (Blässe, Ohnmachten) beobachtet wurden.

Dementsprechend ist die angegebene Therapie nicht symptomatisch-suggestiv, sondern ätiologisch. In erster Linie hält Verf. die Verabfolgung von Belladonnapillen nicht für eine indifferente Scheinbehandlung. Die gute Wirkung, die v. Pfaundler und Moro gerade bei den schweren Fällen sehen, steht auf der gleichen Stufe mit der v. Bergmannschen Atropinbehandlung. Die bei leichteren Fällen — den Vor- und Frühstadien — für ausreichend erachteten „pädagogischen" Maßnahmen bestehen im wesentlichen in einer Regelung der Ernährung. Die auffallende Besserung, die Kinder der Poliklinikpraxis bald nach ihrer Aufnahme in die Klinik zeigen, ist demnach ein Verdienst der vernünftigen und vor allen Dingen pünktlichen Ernährung. In der Privatpraxis kann die vorher meist nicht vorhanden gewesene qualitative, quantitative und zeitliche Zweckmäßigkeit der Nahrungsaufnahme natürlich die gleichen Erfolge haben. Die bei nur geringen Schmerzanfällen zu Hilfe genommene Valeriana dürfte ein zwar symptomatisch, aber doch nicht rein suggestiv wirkendes Mittel sein, da ihr, besonders in alkoholischer Lösung, eine leicht narkotische Wirkung wohl nicht abzusprechen ist. Den faradischen Strom hat Verf. bisher nicht angewandt, kann sich aber von ihm eine Beeinflussung des ihm unterworfenen Gefäßgebietes und somit eine Wirkung vorstellen. Grätzer.

R. Isenschmid und **W. Schemensky,** Über die Bedeutung der von Doehle beschriebenen Leukozyteneinschlüsse für die Scharlachdiagnose. (Aus der med. Klinik des städtischen Krankenhauses zu Frankfurt a. M.) (Ebenda. 1914 Nr. 39.) Die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchung für die Diagnose lassen sich in die folgenden Sätze zusammenfassen.

Das Fehlen der Doehleschen Körperchen bei einem fiebernden Kranken schließt frischen Scharlach aus.



Der positive Befund von Körperchen schließt Röteln aus und macht Masern unwahrscheinlich.

Diphtherie und lakunäre Anginen macht der positive Befund nur dann unwahrscheinlich, wenn sich typisch geformte Einschlüsse in sehr großer Zahl vorfinden. Grätzer.

H. Nothmann, Über Bananenmehl in der Ernährung der Säuglinge. (Aus der II. Säuglingsfürsorgestelle Neukölln-Berlin.) (Ther. Mhf., April 1915.) Das Bananenmehl hat sich in dem bisherigen Indikationsgebiet der Mehle bewährt:

1. bei gesunden Säuglingen als Mehl-Milchmischung schon vom 2. Monat an,

2. als zeitweilige Mehldiät bei akuten leichten Erkrankungen etwa vom 3. Monat an,

3. als Mehl-Milchmischung bei älteren, stark untergewichtigen Kindern, die bei anderen Mehl-Milchmischungen nicht vorwärts gekommen waren.

Die stopfende Wirkung des Mehls, die stärker bei dem gelben Mehle ist, wird es bei der Behandlung der akuten Erkrankungen den anderen Mehlen überlegen sein lassen, ihm ferner den Vorrang bei jüngeren Kindern geben. Andererseits wird diese Eigenschaft seine Anwendung bei Kindern, die zu Verstopfung neigen, verbieten (ausgenommen natürlich die Kinder, die bei Milch-Wassermischungen Fettseifenstühle zeigen). Bei Brechkindern ist Bananenmehl nicht angezeigt, oder im Falle, daß es das Brechen verstärkt, sofort abzusetzen. Bei Kindern mit nicht zu weit vorgeschrittenen chronischen Ernährungsstörungen (Bilanzstörung, Dekomposition) wird es erlaubt sein, es vor den alten Methoden der Malzsuppe und der Buttermilch zu versuchen.

Bei der Wahl zwischen dem gelben und dem hellen Mehl wird man sich vor Augen halten müssen, daß das gelbe Mehl stärker stopft, also bei jungen, gesunden Kindern und bei Dyspepsien vorzuziehen ist. Das helle Mehl wird bei Bilanzstörungen bessere Dienste leisten. Bei gesunden älteren Kindern wird vielleicht eine Mischung von gelbem und hellem Mehl im Verhältnis von 1 : 1 oder 1 : 2 am ratsamsten sein.

Nach den bisherigen Erfahrungen dürfte das Bananenmehl den bisher im Säuglingsalter gebräuchlichen Mehlen als mindestens gleichwertig an die Seite treten. Grätzer.

Max Wall, Über die Weiterentwicklung frühgeborener Kinder mit besonderer Berücksichtigung späterer nervöser, psychischer und intellektueller Störungen. (Mschr. f. Geburtshlk. u. Gyn. 1913 H. 4.) Résumé: „Die von den Neurologen vielfach aufgestellte Behauptung, daß frühgeborene Kinder in höherem Maße als reife zu Littlescher Krankheit, Idiotie, Imbezillität und Epilepsie disponiert sind, läßt sich bei Zugrundelegung der Geburtsjournale als einzig vollgültigen Beweises für die Frühgeburt nicht aufrechthalten. Ein großer Teil der frühgeborenen Kinder entwickelt sich in durchaus normaler Weise. Bei einem anderen Teil macht sich eine gewisse Verzögerung der körperlichen, geistigen und psychischen Entwicklung bemerkbar, die darin ihren Ausdruck findet, daß diese

Kinder mit Verspätung laufen und sprechen lernen, längere Zeit Bettnässer bleiben als normale Kinder, zu Sprachstörungen, Pavor nocturnus und Enuresis nocturna neigen, in der Schule zuerst nur mittelmäßig oder schlecht mitkommen. Diese Entwicklungsverzögerung ist keine anhaltende und keine irreparable. Der Ausgleich erfolgt allmählich, so daß es den Anschein hat, als ob diese Kinder längere Zeit dazu brauchen, das durch die vorzeitige Geburt entstandene Entwicklungsdefizit nachzuholen. Die Schwere der Erscheinungen ist umgekehrt proportional der Anfangsgröße dieser Kinder und steht in einem direkten Verhältnis zu den Schädigungen, denen sie im extrauterinen Leben durch mangelhafte Pflege und Ernährung, durch schlechte hygienische Zustände und durch akzessorische Krankheiten ausgesetzt sind.“ Kurt Mendel.

G. Söderbergh, Über Pseudotetanus myxoedematoides. (Mschr. f. Psych. u. Neur. 32. 1912 H. 5.) Escherich beschrieb i. J. 1896 ein eigentümliches Krankheitsbild, das durch dauernde tonische Krämpfe gekennzeichnet war und das er Pseudotetanus nannte. Die Erkrankung befällt im allgemeinen Kinder zwischen 4 und 11 Jahren, meist Knaben, in der warmen Jahreszeit. Nach dem Beginn mit Schmerzen und Steifigkeit in den Beinen, breitet sich ein tonischer Krampf über Rumpf-, Gesichts- und Kiefermuskeln aus. Die Muskeln sind bretthart gespannt; das ganze Aussehen des Pat. wird einem Wundtetanus sehr ähnlich. Die pseudotetanische Kontraktur ist eben das augenfälligste und charakteristischste Symptom des Zustandes. Diese Muskelkontrakturen sind dauernd und gleichmäßig am ganzen Körper vorhanden; verschont bleiben nur die oberen Extremitäten, die Augenmuskeln und das Zwerchfell. Dabei bestehen keine Schmerzempfindungen; die Sensibilität ist intakt, der Reflex erhalten. Sensorium frei, keine Störungen der Harnentleerung. In den schweren Fällen treten anfallsweise Steigerungen der Muskelkontrakturen hinzu mit Kiefersperre, Opisthotonus und Atembehinderung durch Zwerchfellkrampf. Allmählich im Laufe von 2—8 Wochen Heilung. Rezidive wurden nicht beobachtet. Escherich rechnet das Krankheitsbild der Tetanie zu.

Verf. hat nun einen ganz ähnlichen Fall beobachtet: 10jähriges Mädchen ohne nervöse Antezedenzien wird im Sommer 1909 von einem Unfalle betroffen, indem ein Harkenpflock in den linken Vorderarm eindringt und dort mehr als $1^1/_2$ Jahre verweilt, einen intermuskulären Abszeß bildend. Mai 1910 Depression, altkluges Aussehen, gelbliche Gesichtsfarbe, Verengerung der Lidspalten. August 1910 — also mehr als ein Jahr nach dem Unfall — allgemeine Hautanschwellung, besonders im Gesicht, dann allgemeine Muskelsteifigkeit, die eine Woche dauert. 3 Monate später wiederum plötzlich auftretende allgemeine Hautanschwellung, dann allgemeine tonische Krämpfe, die ca. 2 Monate anhalten. Dabei tetanusähnlicher Zustand mit Trismus, Risus sardonicus, Nackenstarre, bretthart gespannten Muskeln und Paralysis agitans-ähnlicher Körperhaltung. Die tonische Starre wird anfallsweise kurzdauernd verstärkt; hierbei Opisthotonus. Die Krämpfe bestehen im Schlafe fort und sind nicht

schmerzhaft. Keine erhöhte Reflexerregbarkeit. Nach einer Intermission von mehr als einem Monat wieder Steifigkeit des linken Armes, Andeutung von Tetanusgesicht und Paralysis agitans-Haltung. Bei Bettruhe verschwinden die Symptome nach kurzer Zeit. — Verf. schließt Hysterie aus, desgleichen Tetanus und Tetanie (kein Chvostek, kein Trousseau, keine erhöhte mechanische Muskelerregbarkeit, keine deutlich erhöhte elektrische Erregbarkeit). Er rechnet vielmehr den Fall dem Pseudotetanus zu; auffallend war nur, daß die Beine schwerer als die Arme betroffen waren, daß die Körperhaltung eine Paralysis agitans-ähnliche war, und daß sich Rezidive zeigten. Nun bot aber die Pat. außerdem deutliche Zeichen von infantilem Myxödem: eine harte, kleine Schilddrüse, myxödemähnliche Infiltrationen, versiegende Schweißsekretion, trockene, rauhe und schuppende Haut, dünnes, trockenes Haar. Alle Symptome waren durch Thyreoidin beeinflußbar. Verf. meint, daß es sich um eine toxische Thyreoiditis handelt, die durch die vom Fremdkörper ausgehende Infektion hervorgerufen wurde, daß es sich kaum um eine zufällige Koinzidenz von Pseudotetanus und Myxödem handelt, daß vielmehr einerseits in der Pathogenese des Myxödems nicht selten mehrere endokrine Drüsen beteiligt sind und daß andererseits die Pathogenese des Pseudotetanus in einer Störung der Funktion der endokrinen Drüsen liegt.

Kurt Mendel.

L. Wolf und **S. Gutman,** In welcher Weise wirken Diätkuren auf das Verhalten des Blutzuckers bei Diabetikern? (Zschr. f. klin. Med. 79. H. 5 u. 6.) 29 unkomplizierte Diabetesfälle zeigten auf Kohlehydratentziehung Sinken des Blutzuckerspiegels. Sehr leichte Fälle gingen auf Normalwert zurück. Mittlere und schwere Fälle zeigten aufsteigend höheren Wert. Das Niveau, auf welche sie sich einstellen, gibt einen Anhalt für die Schwere der Erkrankung. Auf Kohlehydratzulage reagieren die schweren Fälle lebhafter als die leichteren. Nephritis verändert dies gesetzmäßige Verhalten wesentlich; andere Komplikationen nicht. Zur Bestimmung dienten 40—50 ccm Blut. Es wurde defibriniert, enteiweißt und nach Bertrand der Zucker bestimmt. Zur Titration diente $^1/_{20}$ Normalpermanganatlösung.

K. Boas.

J. M. Wolpe, Über den Einfluß des Pflanzenphosphors auf den Blutbefund. (Ebenda. 80. H. 1 u. 2. S. 80.) Verf. konnte zeigen, daß Phytinpräparate eine leichte Steigerung der Erythrozyten- und Leukozytenzahl sowie des Hämoglobingehaltes zur Folge haben (vgl. auch die gleichbetitelte Arbeit des Verf.'s in Folia haematologica (Bd. 18. H. 2. 1914 S. 82), vom Ref. an anderer Stelle besprochen.

K. Boas.

G. Jörgensen, Eine Modifikation der Hayemschen Lösung. (Aus dem Institut f. gerichtl. Med. in Kopenhagen.) (Ebenda. 80. H. 1 u. 2. S. 21.) Die Modifikation besteht darin, daß zu der Lösung nicht mehr $^1/_2\,^0/_{00}$ Sublimat, sondern nur $^1/_4\,^0/_{00}$ angesetzt werden. Dadurch wird erreicht, daß die Verteilung der Blutkörperchen in der Zählkammer gleichmäßiger wird. Die Fehler der einzelnen Zählung verringern sich dadurch auf 2,5 $^0/_0$.

K. Boas.

Teich, Soll die Anstellung besonderer Schulaugenärzte empfohlen und angestrebt werden? (Der Schularzt. 1913. Nr. 6.) 1. Voraussetzung für die Anstellung von Schulaugenärzten ist selbstverständlich die allgemeine Einführung und Organisierung des schulärztlichen Dienstes.

2. Schulaugenärzte sind notwendig:

a) weil die Affektionen des Sehorganes außerordentlich häufig sind und vielfach in der Schule und durch deren Eigentümlichkeiten entstehen;

b) weil genaue Funktionsprüfungen und Refraktionsbestimmungen, insbesondere die Feststellung des Astigmatismus, ferner die Beobachtung der Myopie, die Bekämpfung der verschiedenen Asthenopien, endlich schwierige, verantwortungsvolle Differentialdiagnosen äußerer Augenerkrankungen nur dem geübten Okulisten möglich sind; dem nicht spezialistisch ausgebildeten Schularzte werden und müssen oft folgenschwere Irrtümer und bewußte Vernachlässigungen unterlaufen; schließlich

c) weil die vielfach gebräuchliche fallweise Heranziehung von Augenärzten zur Untersuchung bzw. die Überweisung einzelner vom Schularzt bestimmter Kinder an freigewählte Augenärzte oder Ambulatorien für diesen Zweck unzureichend ist und insbesondere eine wirksame Bekämpfung der Myopie unmöglich macht. Die Überweisungen werden vielfach nicht berücksichtigt, erhobene Befunde gelangen nicht an den Schularzt, die verordneten Brillen werden nicht getragen, endlich wird die für die Feststellung gewisser Krankheitsformen unbedingt nötige Kontinuität der Beobachtung nicht eingehalten. Alle diese Mängel werden durch die Anstellung eines ständigen Schulaugenarztes vermieden und unmöglich gemacht.

3. Da es sich beim Auge vielfach um Schulkrankheiten, kat. exogen, handelt, um Affektionen, die zumeist in der Schule erworben und nur in der Schule und durch dieselbe wirksam bekämpft werden können, gehört der Okulist in die Schule: er nimmt den übrigen Spezialisten gegenüber, die nur Schülererkrankungen zu behandeln haben, eine Sonderstellung ein. Für seine Anstellung, Heranziehung und Betätigung können nicht die gleichen Normen gelten, wie für die anderen Spezialärzte.

4. Die Tätigkeit der Schulaugenärzte wird durch eine besondere, den lokalen Verhältnissen angepaßte Dienstordnung zu regeln sein.

5. Das Wirken des Schulokulisten, der, unterstützt vom Schularzt und Lehrerpersonale, sich in erster Linie der Prophylaxe aller Augenaffektionen widmet, dadurch die fortschreitende Abnahme der allgemeinen Durchschnittssehschärfe zu bekämpfen und die Tüchtigkeit des einzelnen zu heben vermag, ist zweifellos eine soziale Tat. Sie fördert das Einzelindividuum im Kampf ums Dasein, die Allgemeinheit, der weniger Minderwertige zur Last fallen, die Volkswohlfahrt, der Kraft und neue Werte gewonnen werden, den Staat, dessen Wehrkraft geschützt und vermehrt wird.

6. Da es sich um die Anstellung einer geringen Anzahl von Okulisten als Schulärzte im Nebenamte handelt, werden die Kosten kaum

entscheidend sein; sie dürfen aber gar nicht in Betracht kommen, wenn man bedenkt, wie reichlich sich die aufgewendeten Beträge verzinsen werden, welcher Kapitalgewinn ferner für Staat und Volkswirtschaft aus einer exakten Hygiene des Schülerauges erwachsen wird.

7. Die Anstellung von Schulaugenärzten, die dem Einzelindividuum ebenso wie der Allgemeinheit zu nützen bestimmt ist, wird auch den Ärzten mindestens keinen Schaden bringen; weder den Okulisten, denen ein neues Feld der Tätigkeit eröffnet und die Behandlung von Krankheiten obliegen wird, welche bisher größtenteils übersehen und vernachlässigt oder im günstigsten Falle öffentlichen Ambulatorien überwiesen wurden, noch den praktischen Ärzten und sonstigen Spezialisten, auf deren Mitarbeit der Schulaugenarzt jederzeit angewiesen sein wird. Ein fühlbarer Dualismus, Gegensätze zwischen Schularzt und Schulaugenarzt werden bei entsprechender Abgrenzung der Kompetenzen ebenso zu vermeiden sein, wie Konflikte mit der außerhalb der Schule stehenden Ärzteschaft.

8. Der moderne Lehrer endlich muß die Anstellung von Schulaugenärzten freudig begrüßen; sie werden ihn davor bewahren, körperliche Minderwertigkeit für Unlust oder Trägheit zu halten und zu bestrafen, sie werden ihm aber auch bessere Lehrerfolge sichern, dadurch, daß zahlreichen talentierten, aber infolge unerkannter Sehgebrechen zurückbleibenden Kindern durch rechtzeitige Hilfe die Möglichkeit geboten wird, in die Reihen der leistungsfähigen und vollwertigen Schüler einzutreten. K. Boas.

Fr. Schede, Die Röntgenbehandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose. (Aus der Kgl. orthopädischen Universitäts-Poliklinik zu München.) (Fortschr. auf d. Gebiete der Röntgenstrahlen. 1914. 21. H. 3. S. 341.) Die Röntgenstrahlen haben eine starke günstige Wirkung auf den bestrahlten Herd und auf den ganzen Körper. Welche Formen am geeignetsten und welche etwa ungeeignet sind, läßt sich noch nicht mit Sicherheit sagen, weil das Material noch zu klein und die Technik noch zu verschieden ist. Erfolge sind bei allen Formen erzielt worden.

Auch über das günstigste Alter läßt sich nichts Bestimmtes sagen: Iselin hat besonders günstige Resultate bei alten Leuten, Schmerz im III. Dezennium, Verf. bei Kindern. Als die direkten und offensichtlichen Folgen der Bestrahlungen werden bezeichnet: reichliche, dünne Sekretion, Zerfall und rasche Resorption von Fungusmassen und Lymphdrüsen, Schluß von Fisteln, schnelle Überhäutung von Granulationen, Nachlassen von Schmerzen und Schwellung, Hebung des Allgemeinzustandes. Die schmerzlindernde Wirkung wird auch von sonstigen Gegnern zugegeben.

Als wichtigste Aufgabe ist die wissenschaftliche Feststellung der Wirkung der verschiedenen Strahlenqualitäten zu bezeichnen. Wahrscheinlich sind harte und weiche Strahlen scharf zu trennen, aber beide je nach der Lage des Falles verwendbar. Welche Qualität und welche Dosis im einzelnen Falle zu geben sei, harrt ebenfalls noch der wissenschaftlichen Begründung.

Die Röntgenbehandlung kann nur im Verein mit anderen Behandlungsmethoden angewandt werden. Daß man mit einer geschickten Kombination mehrerer Mittel bei der Tuberkulose am meisten erreicht, ist eine alte Tatsache. Die Grundlage bleibt neben der Hebung des Allgemeinzustandes eine sorgfältige orthopädische Behandlung. Vielleicht kann man sich das Zusammenwirken von orthopädischen Maßnahmen und Röntgentherapie so vorstellen, daß die Fixation und die Entlastung jeden schädlichen Reiz von dem kranken Gliede fernhält und die eigenen Kampfmittel des Körpers sich frei entfalten läßt, daß die Bestrahlung dann diese natürlichen Kräfte noch anreizt und die störenden Überprodukte zum Zerfall bringt, vielleicht auch die Bazillen schädigt. K. Boas.

G. Engelmann, Rachitis der Wirbelsäule. (Zschr. f. orthopäd. Chirurgie. 24. H. 1/2.) Die Arbeit bringt Röntgenogramme sowohl einzelner Wirbel wie auch der ganzen Wirbelsäule in Anterior-posterior-Aufnahmen und seitlichen Aufnahmen. Den Röntgenaufnahmen sind entsprechende textliche Erläuterungen beigegeben.
K. Boas.

W. Kaupe, Über den Hospitalismus der Säuglingsheime. (Aus dem Säuglingsheim und der Kinderabteilung des Lungstraßstiftes [Versorgungshauses] in Bonn.) (Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspflege. 1914. 33. S. 172.) Verf. stellt die Forderung auf, daß die Kinder, die in einem Heime untergebracht, dort geboren sind, in ihnen nicht länger verbleiben, als sie auf die Pflege der Mutter oder durch die Anstalt selbst angewiesen sind. Verf. fordert, daß sie mit Eintritt dieses Zeitpunktes in Einzelpflege kommen, die durchaus geeignet sein und immer kontrolliert werden muß. Verf. fordert vor allem, daß sie, wo es eben angängig, zu der Mutter, die sich verheiratet hat, verbracht werden, denn dort sind sie am besten aufgehoben.

Es wird alsdann ein Bericht über die ärztliche Tätigkeit an dem vom Verf. geleiteten Säuglingsheim und der Kinderabteilung des Lungsstraßstiftes in Bonn gegeben. K. Boas.

Zeckwer, Zur Ätiologie der Melaena neonatorum. (Aus der Säuglingstation der Krankenanstalt Altstadt zu Magdeburg.) (Inaug.-Diss. Leipzig 1914.) Verf. bespricht die Ätiologie der Melaena neonatorum auf Grund der in der Literatur niedergelegten Erfahrungen und auf Grund eines eigenen Materials von 6 Fällen.

Im Fall I war anamnestisch nichts zu erfahren, was zur Erklärung der Darmblutungen heranzuziehen wäre. Auch der Sektionsbefund ergibt nur eine allgemeine Blässe und blutigen Inhalt in Magen und Darm, während die Magendarmschleimhaut makroskopisch intakt war. Eine mikroskopische Untersuchung liegt nicht vor, allerdings würde sich wohl auch dabei in diesem Falle nichts Pathologisches an der Darmschleimhaut gefunden haben. Für eine Sepsis sind keine Anhaltspunkte vorhanden, ebensowenig für eine kongenitale Lues.

Auch im Falle II ist vieles unklar, zumal die Sektion verweigert wurde. Aber trotzdem die Eltern angeblich gesund sind und eine Wa. R. nicht ausgeführt wurde, spricht doch dreierlei mit einiger Wahrscheinlichkeit für die Annahme einer kongenitalen Lues. 1. Wurde

das Kind zu früh geboren, 2. war die Milz palpabel, 3. fanden sich an Fingern und Zehen Epitheldefekte, die im Zusammenhang mit den beiden anderen Punkten doch vielleicht suspekt erscheinen müssen. Gegen eine Sepsis spricht vielleicht die niedrige Körpertemperatur. Ob nun die Lues — wenn wir eine solche annehmen — als direkter oder indirekter Faktor in diesem Fall anzusehen ist, läßt sich leider ohne Sektionsergebnis nicht entscheiden.

Im Falle III finden sich mehrere Angaben, die betreffs der Ätiologie zu verwenden sind. Zunächst fällt auf, daß das Kind aus kleinen Kratzwunden sehr stark blutet. Dazu kommt ein tiefer Ikterus. Eine Sepsis ist sicher auszuschließen, da die bakteriologische Untersuchung negativ ausfiel. Es scheint sich in diesem Falle um eine Blutgerinnungsanomalie im Sinne einer hämorrhagischen Diathese zu handeln. Verf. betont den starken Ikterus; die Frage, ob er als Ursache der Blutungen angesehen werden kann oder nur nebenbei vorhanden ist, muß er offen lassen. Er erinnert nur daran, daß auch in den Fällen V und VI ein Ikterus bestand, und auch Lövegren auf den Ikterus als einen gar nicht seltenen Nebenbefund bei Melaena aufmerksam macht. Von den erwähnten Theorien läßt sich kaum eine für diesen Fall verwenden. Es ist nichts bekannt von einer Asphyxie, der Nabel ist in Ordnung, es liegt kein Geburtstrauma vor, auch das offene Foramen ovale dürfte in diesem Falle kaum als ätiologischer Faktor herangezogen werden können, zumal es keinerlei klinische Erscheinungen verursacht hat.

Klarer liegt schon der Fall IV. Es fallen sofort deutliche klinische Zeichen einer kongenitalen Lues auf, dazu ist das Kind eine Frühgeburt und die Wa. R. ist stark positiv. Dann blutet das Kind an sämtlichen Injektionsstellen und hat deutliche Sugillationen am Rücken.

Beim Darmbefunde handelt es sich um Veränderungen von langen Darmsegmenten, die durch normale Strecken getrennt sind. Die Veränderung kann als in das Gebiet der „chronischen Entzündung" gehörig oder als Residuum einer akuten Störung aufgefaßt werden, die segmentweise verlaufen ist, somit mit der Muskulatur oder den Gefäßen oder beiden zu tun gehabt hat. Der pathologisch-anatomische Befund läßt es als möglich erscheinen, daß eine multiple Invagination vorausgegangen ist. Jedenfalls machen in diesem Falle die Darmveränderungen die Blutungen erklärlich. Die vorhandene, wohl auf der kongenitalen Lues beruhende hämorrhagische Diathese wiederum macht es verständlich, daß diese Darmblutungen einen tödlichen Verlauf genommen haben.

Im Falle V ist folgendes ätiologisch zu verwerten:

1. Es liegt sicher eine kongenitale Lues vor.
2. Im Blute kreisen hämolytische Streptokokken.
3. Das Blut zeigt eine Gerinnungsunfähigkeit, es bleibt noch nach 24 Stunden flüssig, auf Zusatz von 1 Tropfen Menschenblut aber tritt sofortige Gerinnung ein.
4. Es finden sich starke luetische Leberveränderungen, während die Darmschleimhaut auch mikroskopisch intakt ist.

Das Zustandekommen der Blutungen läßt sich also folgendermaßen denken: Die starken Veränderungen in der Leber mußten un-

bedingt eine Stauung nach dem Darme hin bewirken, welche die Bevorzugung des Darmtraktus bei der infolge der Lues und Sepsis vorhandenen Neigung zu Blutungen erklärlich macht. Die Blutgerinnungsanomalie ist auf Grund der Untersuchungen Whipples auch in diesem Falle wohl auf einen Prothrombinmangel zurückzuführen. Ob eine Infektion mit Spirochaeta pallida oder mit Eitererregern dazu führen kann, daß das Prothrombin aus dem Blut verschwindet, ist nicht bekannt.

Im Falle VI ist die Melaena nur anamnestisch zu erheben gewesen. Hier handelt es sich sicherlich um eine septische hämorrhagische Diathese. Für Lues sprechen keine klinischen Symptome. Als ein die Melaenaerscheinungen auslösendes Moment könnte man vielleicht die sicherlich vorhandene Asphyxie (vgl. die atelektatischen Bezirke in den Lungen und die beobachtete „Kurzatmigkeit") verwenden, also eine Stauungshyperämie auf Grund mangelhafter Entfaltung des Lungenkreislaufes annehmen. K. Boas.

K. Th. Neumann, Über Psychosen nach Influenza. (Aus der Kgl. psychiatrischen und Nervenklinik der Universität in Kiel.) (Inaug.-Diss. Kiel 1914.) In dem Falle des Verf. handelte es sich um eine im Anschluß an eine Influenzaerkrankung aufgetretene Psychose mit den Hauptsymptomen einer Melancholie, verbunden mit traumhafter Verwirrtheit, Wahnideen und Halluzinationen. Nach einem mißlungenen Selbstmordversuch lief die Phychose bei Anstaltsbehandlung in wenigen Tagen ohne weitere Folgeerscheinungen ab.

Verf. empfiehlt, mit Hilfe der Lumbalpunktion sowohl den Influenzabazillus auf Taubenagar kulturell zu züchten als auch die toxische Wirkung der Zerebrospinalflüssigkeit im Tierexperiment zu prüfen. Ein positiver Ausfall dieser Versuche würde erstens die Diagnose sicherstellen und zweitens einen nicht unwesentlichen Aufschluß der Wirkung der Influenza auf das Zentralnervensystem geben.

K. Boas.

E. Naundorff, Über hysterische Psychosen und deren Differentialdiagnose gegenüber der Dementia praecox. (Aus der Kgl. psychiatrischen und Nervenklinik der Universität in Kiel.) (Inaug.-Diss. Kiel 1914.) Der Patient des Verf. bot sowohl katatonische als auch hysterische Symptome dar. An ersteren bestanden Negativismus, bizarres und maniriertes Wesen, Stereotypien. An letzteren zeigte er „affektbetonte" Vorstellungskomplexe, totale Analgesie, „ärmelförmige" und „hosenbeinförmige" Hypästhesie, Vorbeireden, unsinniges Antworten und einen großen Grad von „Puerilismus" (Sträussler). In Würdigung aller dieser Symptome gelangt Verf. zu der Diagnose einer hysterischen Situationspsychose (Stern), ohne daß jedoch eine Katatonie völlig auszuschließen wäre. Der weitere Verlauf der Erkrankung bestätigte die Diagnose und spricht für Sterns Ansicht, daß man die Diagnose „Situationspsychose" auch dann stellen soll, wenn deutliche katatonische Symptome vorhanden sind und auf die Diagnose Dementia praecox hindeuten.

K. Boas.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

Arnold Frisch, Zur Pathogenese der Tuberkulose im Säuglingsalter. (Aus dem pathologisch-anatomischen Institut der deutschen Universität in Prag.) (Prager m. Wschr. 1915. Nr. 18.) Wenn wir den mitgeteilten Fall überblicken, so handelt es sich um eine Tuberkulose bei einem 8 Wochen alten Knaben, bei der die anatomisch weitest entwickelten und demnach ältesten tuberkulösen Veränderungen zweifellos in der linken Lunge und ihrer lymphogenen Abflußbahn zu finden waren. Die drei käsig pneumonischen Herde in der linken Lunge unterschieden sich durch ihre Größe und ihre gleichmäßige Verkäsung so sehr von den tuberkulösen Veränderungen aller anderen Organe, die noch als Eingangspforte für das tuberkulöse Virus in Betracht kamen, daß ein Zweifel darüber nicht aufkommen konnte, darin die ersten tuberkulösen Veränderungen des Körpers zu suchen. Anatomisch und histologisch handelt es sich bei diesen Herden um käsig pneumonische Herde, die demnach zum mindesten nicht dagegen sprachen, sie als durch aerogene Infektion entstanden anzusehen. Sie entsprachen also dem Bilde der sogenannten primären tuberkulösen Lungenherde. Ob es sich bei diesen drei Herden um gleichzeitig oder zeitlich folgende Herde handelte, läßt sich sicher wohl nicht sagen, doch spricht der Größenunterschied der drei Herde dafür, den Herd im vorderen Rand des linken Oberlappens als den zeitlich ältesten anzusprechen. Unter dieser Annahme wären dann die beiden anderen Herde später entstanden, wobei wieder die Frage beantwortet werden müßte, ob es sich um zweite selbständige exogene oder um endogene, vom ersten Herde aus entstandene Lungenherde handelte. Die zweite dieser Annahmen liegt näher als die erste. Mit diesen drei Herden in direktem lymphogenen Zusammenhang standen die tuberkulösen Veränderungen der bronchopulmonalen Lymphknoten links, wobei anatomisch ohne weiteres erkennbar war, daß die dem Oberlappen regionären, entsprechend den dort befindlichen zwei größeren Herden, stärker verändert waren als die dem Unterlappen regionären. Die bronchopulmonalen Lymphknoten der rechten Seite zeigten dem gegenüber nur spärlich miliare Tuberkel. Der Weg, den der tuberkulöse Prozeß von dieser seiner ersten lymphogenen Etappe genommen hat, geht über die oberen tracheobronchialen Lymphknoten der linken Seite zu den paratrachealen links und von hier über die Lymphknoten im Anonymawinkel zu den Lymphknoten im linken Venenwinkel. Es entspricht also dieser Ausbreitungsweg dem von Ghon und Roman angegebenen Typus I.

Die lymphogene Ausbreitung des tuberkulösen Virus von den bronchopulmonalen oder den oberen tracheobronchialen Lymphknoten links zu den oberen tracheobronchialen rechts ist augenscheinlich später erfolgt, da die rechten oberen tracheobronchialen Lymphknoten nur partiell verkäst waren. Es handelt sich hier um einen Seitenweg in der tuberkulösen lymphogenen Ausbreitung von einer Seite auf die andere, wie er uns nach dem Verzweigungsgesetz gut bekannt ist. Das schließt nicht aus, daß die rechten oberen tracheo-

bronchialen Lymphknoten auch Tuberkelbazillen auf lymphogenem Wege von der rechten Lunge erhalten haben: der Hauptteil ihrer Veränderungen war aber sicher auf die lymphogene Infektion von der linken Seite her zurückzuführen. Auch von den verkästen Lymphknoten im Anonymawinkel war, wie aus den Veränderungen der Lymphknoten im rechten Venenwinkel zu schließen ist, später als links eine lymphogene Ausbreitung nach der rechten Seite hin erfolgt.

Mit den primären Lungenherden in Zusammenhang standen zweifelsohne auch die tuberkulösen Veränderungen in der Schleimhaut des linken Hauptbronchus und seiner Hauptäste. Sie sind wohl als Ausdruck der Kontaktinfektion von den offenen Lungenherden her anzusehen, wofür vor allem die Tatsache spricht, daß der rechte Bronchus mit seinen Ästen frei von solchen Veränderungen war.

Die Veränderungen der paratrachealen Lymphknoten, die auch hier links stärker waren als rechts, die Veränderungen an den sternalen Lymphknoten und die Veränderungen einiger Lymphknoten knapp neben dem Margo posterior des linken Unterlappens waren zweifellos genetisch lymphogene Veränderungen in Zusammenhang mit den tuberkulösen Veränderungen im lymphogenen Abflußgebiet der Lunge.

Das Gehirn mit seinen Häuten war frei von tuberkulösen Veränderungen: auch histologisch konnten in Stückchen aus dem Großhirn und Kleinhirn sowie der Brücke, die in vollständiger Serie untersucht wurden, Tuberkel nicht gefunden werden, obwohl solche in anderen Organen in großer Menge nachweisbar waren. Die Otitis media, die auf beiden Seiten gefunden wurde, war makroskopisch eine eitrige, verursacht durch Gram-positive Lanzettkokken. Histologisch waren im Mark des knöchernen Anteiles des inneren Ohres spärlich miliare Tuberkel nachweisbar, die wohl hämatogene Genese hatten. An einigen Stellen fanden sich jedoch auch in der Schleimhaut der Paukenhöhle umschriebene nekrotische Herde, die als Tuberkel angesprochen werden konnten, deren Genese aber offen gelassen werden mußte: es kam hämatogene Genese und Kontaktinfektion der Schleimhaut von den Lungenherden her in Frage. In der Schleimhaut der Choanen fanden sich miliare Tuberkel, ebenso in der Rachentonsille und in der Schleimhaut des Rachendaches, sowie in den Gaumentonsillen, am Zungenrand und in der Epiglottis. Diesen Veränderungen, die genetisch hämatogen oder durch Kontaktinfektion von der Lunge her entstanden waren, entsprachen die tuberkulösen Veränderungen der submentalen, submaxillaren, retropharyngealen und zervikalen Lymphknoten, die demnach zweifellos lymphogener Genese waren. Auch die aurikularen Lymphknoten zeigten kleinste miliare Tuberkel, zweifellos im Zusammenhang mit den Veränderungen des Gehörorgans, die in der Paukenhöhle tuberkulöser und eitriger Natur waren. Ob diese ätiologisch doppelte Infektion der Paukenhöhle zeitlich koordiniert war oder aufeinander folgte, ist wohl schwer zu sagen, den histologischen Veränderungen nach glaubt F., daß die tuberkulöse Infektion der eitrigen nachfolgte. Die tuberkulösen Veränderungen im Magen, im Dünn- und Dickdarm waren jung und entsprachen miliaren Tuberkeln, für die hämatogene Genese und Kontaktinfektion nach Deglutition in Betracht kam. Die Ver-

änderungen der mesenterialen Lymphknoten standen damit in Zusammenhang. In der Milz, in der Leber, im Pankreas, in den Nebennieren und in den Nieren fanden sich miliare Tuberkel hämatogener Genese. Die tuberkulösen Veränderungen in den peripankreatischen Lymphknoten, in den lienalen, portalen Lymphknoten, sowie in den paraaortalen standen damit in Zusammenhang, für die paraaortalen Lymphknoten kam vielleicht auch die Fortleitung des tuberkulösen Prozesses von den iliakalen, inguinalen und poplitealen Lymphknoten her in Betracht. Der nachgewiesene Tuberkel in der Plica interureterica der Harnblase war entweder hämatogen entstanden oder deszendierend von der Niere her. Das Knochensystem war makroskopisch frei von Veränderungen, ließ aber histologisch miliare Tuberkel nachweisen. Es ist möglich, daß diese tuberkulösen Veränderungen mit den Veränderungen der axillaren, inguinalen und poplitealen Lymphknoten in Zusammenhang standen, doch könnte auch daran gedacht werden, die Tuberkulose dieser Lymphknoten mit den Veränderungen der Haut in Zusammenhang zu bringen. Die Haut zeigte makroskopisch auf Tuberkulide verdächtige Stellen, und histologisch fand sich in einem der untersuchten Stückchen ein nekrotischer Herd um eine Schweißdrüsengruppe, der den als Tuberkel angesprochenen Herden in den übrigen Organen ganz gut entsprach.

Was schließlich die Veränderungen in den Lungen betrifft, abgesehen von den drei käsig pneumonischen Herden, so handelt es sich um miliare Tuberkel ziemlich gleicher Größe in allen Lappen, die histologisch mehr das Aussehen käsig pneumonischer Herde hatten und zum Teil auf die Wand benachbarter Venen übergriffen. Trotz dieses histologischen Befundes könnte ihre hämatogene Genese nicht geleugnet werden, ihre Gleichartigkeit in der Größe und im Aussehen sprechen vielmehr dafür.

Nach der von der deutschen Abteilung der Landesfindelanstalt (Prof. Epstein) zur Verfügung gestellten Krankengeschichte wurde das Kind am 18. Mai 1914 aufgenommen, war ehelich und stammte von einer Mutter, die angeblich an Tuberkulose litt; es war erst eine Woche vor seiner Aufnahme abgestillt worden. Beweise dafür, daß demnach bei dem hier mitgeteilten Falle eine intrauterine Genese in Betracht käme, sind nicht zu erbringen. Nach dem jetzigen Stande der Frage über die Häufigkeit der intrauterinen Tuberkulose beim Menschen und unter Berücksichtigung des erhobenen anatomischen Befundes ist es wohl auch für diesen Fall so gut wie sicher, daß es sich um eine extrauterin und aerogen erworbene Tuberkulose gehandelt habe.

Histologisch war der Fall dadurch bemerkenswert, daß die Tuberkel frei von Riesenzellen und überall so gut wie ganz verkäst waren. Wo in den Schnitten nach Tuberkelbazillen gefahndet wurde (Leber und Milz), waren Tuberkelbazillen in großer Menge nachweisbar. Der Befund entsprach danach dem, wie ihn Rollett bei seinem Falle von intrauteriner Tuberkulose mitgeteilt hat. Grätzer.

Kling und Levaditi, Studien über die Poliomyelitis acuta epidemica. (Compt. rend. hebdom. Soc. de Biol. 1913 [15. Febr.].) Die beiden Forscher haben im September 1912 im Auftrag des

Pasteurschen Instituts in Paris und des staatlichen medizinischen Instituts in Stockholm den Übertragungsmodus der akuten epidemischen Poliomyelitis in Schweden studiert und legen nun in der angezeigten Mitteilung die Schlußfolgerungen ihrer Untersuchungen nieder:

1. Die von ihnen gesammelten epidemiologischen Tatsachen stimmen mit der von Wichman aufgestellten Hypothese der Übertragung der Krankheit durch menschlichen Kontakt (direkt oder indirekt) überein.

2. Diese Übertragung wird bezeugt durch Fälle von typischer Poliomyelitis und besonders durch abortive Fälle, die leicht verkannt werden können, infolgedessen nicht isoliert werden und die oft die Mehrzahl bilden.

3. In einem begrenzten und isolierten Epidemieherd erscheint die Krankheit ganz plötzlich, breitet sich schnell aus, macht in kurzer Zeit, was sie machen kann, um dann völlig zu erlöschen.

4. Die Inkubation kann aber kurz sein (zwei oder drei Tage).

5. Die Kranken scheinen ansteckend zu sein während der Inkubationsperiode, welche dem Ausbruch der prämonitorischen Erscheinungen vorausgeht.

6. Die Poliomyelitis kann in zwei, durch eine Ruheperiode von wenigen Tagen, selbst einigen Wochen getrennten Phasen verlaufen. Während dieser Periode kann die gesund erscheinende Person ihre Umgebung anstecken.

7. Das Experimentieren am Affen hat den Autoren den Nachweis der Poliomyelitis virus außerhalb des menschlichen Körpers nicht gestattet. Die Annahme von der Übertragung der Kinderlähmung durch Vermittlung des Wassers, der Milch, des Staubes, der Fliegen, der Wanzen, der Moskitos findet weder in den experimentellen Ergebnissen, noch in den von den Autoren gesammelten epidemiologischen Daten eine Bestätigung. Die Frage der Leitwirkung des Stomaxys calcitrans bei der Ausbreitung der Krankheit muß als nicht endgültig gelöst betrachtet werden.

8. Der Mensch scheint der einzige Depositär des Virus zu sein. Die Absonderungen aus dem Nasenrachenraum und den Luftwegen, ebenso der Darminhalt der an akuter Poliomyelitis erkrankten Personen können das typische Virus der Kinderlähmung enthalten (Kling, Pettersson und Wernstedt, Kling und Levaditi), eine Feststellung von höchstem Interesse hinsichtlich der Übertragung der Krankheit durch diese Ausscheidungen.

9. Nicht gelungen ist den Autoren der Nachweis des typischen Poliomyelitisvirus im Rachensekret bei den an der abortiven Form der Affektion Erkrankten oder bei den als Keimträger Verdächtigen. Die Frage des Vorkommens eines solchen Virus bei diesen Kranken und diesen Keimträgern unterliegt noch der Forschung.

10. Innerhalb eines unbegrenzten epidemischen Herdes können gewisse Familien oder Mitglieder einer angesteckten Familie frei bleiben. Die Autoren haben konstatiert, daß das Serum dieser, eine richtige Immunität genießenden Personen das Virus der Poliomyelitis neutralisiert, vollständig im Verhältnis von einem Drittel und teil-

weise im Verhältnis von 5 : 9. Die Widerstandsfähigkeit dieser Personen gegenüber dem in ihrer Umgebung massenhaft, vielleicht auch auf ihren Schleimhäuten verbreiteten Keime scheint an mikrobizide Eigenschaften der Körpersäfte gebunden zu sein.

H. Netter (Pforzheim).

J. Hallé und **Aviragnet,** Das gangränöse Arthus-Phänomen bei der Diphtherie. (Bull. et Mém. Soc. med. des hop. de Paris. 1913. Nr. 5. 30. Jan.) Beobachtungen an 4 Kindern, bei denen nach Injektion von Diphtherieserum Lokalerscheinungen auftraten, für welche die Bezeichnung „phénomène d'Arthus gangréneux" vorgeschlagen wird. Diese Erscheinungen kamen durch das Zusammentreffen exzeptioneller ätiologischer Bedingungen zustande: frühere Injektionen von Diphtherieserum, frisches Eruptionsfieber, sich entwickelnde Diphtherie und endlich ein schwerer infektiöser Zustand zur Zeit der Seruminjektion — all diese Umstände „entfesselten" das Arthussche Phänomen. Dasselbe beginnt fast unmittelbar nach der Injektion mit einer hämorrhagischen Nekrose der Haut. Diese Gangrän kann lokalisiert bleiben, wie es in zwei Fällen war, oder sich ausdehnen auf das ganze Abdomen und die Oberschenkel, wie bei den beiden anderen Kindern.

Alle vier starben. Zwei waren schon recht krank in dem Augenblick, wo das Arthussche Phänomen auftrat. Bei den beiden anderen dagegen traten zur diphtherischen Intoxikation und der schon beträchtlichen vorherigen Infektion in der ausgebreiteten Gangrän inhärente toxi-infektiöse Erscheinungen. Es hat ganz den Anschein, als ob das Serum eine latente Infektion befördern, lokalisieren und umbilden würde, indem es derselben den Gang einer um sich greifenden infektiösen Gangrän verleiht. Die Regeln der Diphtherieserumtherapie dürfen durch solche durchaus exzeptionelle Vorkommnisse keine Änderung erfahren.

Netter hat, wie er in der Diskussion mitteilt, einen einzigen ähnlichen Fall beobachtet. Es handelt sich um ein Masernkind, das 3 Jahre zuvor Injektionen von Diphtherieserum erhalten hatte. Bei seiner Einlieferung erhielt es eine prophylaktische Diphtherieseruminjektion. Am nächsten Tag universelles Serumexanthem und eine Induration an der Injektionsstelle. Rasches Verschwinden dieser Erscheinungen. 2 Wochen später wegen einer Angina zweite Injektion von 40 ccm Diphtherieserum, die von einem Serumexanthem und an der Stichstelle von einer Induration mit Rötung, Hämorrhagie und Gangrän gefolgt war. Völlige Heilung.

Martin zitiert zwei hierher gehörige Fälle: Ein 8jähriges, zuvor mit Diphtherieserum behandeltes Kind bekommt eine Streptokokkenangina und erhält mehrere Injektionen von Streptokokkenserum; der letzten folgt eine Gangrän der Bauchdecken. Im zweiten Fall traten die anaphylaktischen Erscheinungen ebenfalls nach Injektionen von Streptokokkenserum auf, die bei einem Tuberkulösen 6 Monate lang wiederholt wurden. Aus all dem geht hervor, daß mehr oder weniger schwere lokale Reaktionen nach Seruminjektionen ziemlich häufig sind, namentlich bei vorher schon sensibilisierten und außerdem durch den Streptococcus mehr oder weniger infizierten Personen.

H. Netter (Pforzheim).

Thabuis et **Barbé,** La composition physico-chimique du liquide céphalo-rachidien des épileptiques. (Revue neurolog. 1913. Nr. 17.) Bezüglich des Liquor bei Epileptikern fanden die Verff. Folgendes:

Spezifisches Gewicht: erhöht.
Extrakt: weniger als normal.
Asche: vermehrt.
Chlorate: vermehrt.
Albumen: deutlich vermindert.
Phosphate: der Norm entsprechend.
Zucker: vermindert, zuweilen vollständig fehlend.

Kurt Mendel.

Paul Boncour, Epilepsie et syphilis cérébrale héréditaire tardive. (Progrès médical. 1913. Nr. 24.) 12jähriger Knabe mit typischen epileptischen Anfällen ohne speziellen Charakter und ohne syphilitische Zeichen. Die Anamnese deckte aber Lues der Eltern auf. Es wurde die Epilepsie demnach als Ausdruck hereditärer Spätsyphilis des Hirns aufgefaßt; Heilung durch Jodostarin; Jod wurde in anderer Form nicht vertragen. Kurt Mendel.

Albert E. Mowry, Chicago, Sexuelle Aufklärung: Tatsachen gegen theoretische Erörterungen. (The urologie and cutaneous review. December 1913. S. 660ff.) Bei Erziehern und Ärzten herrscht jetzt nur eine Stimme darüber, daß die Ignoranz in bezug auf das geschlechtliche Leben bei unserer Jugend, namentlich den in das reifere Alter tretenden Knaben, unermeßlich viel Unheil anrichtet. Es handelt sich hier um eine Materie, welche bis in die neueste Zeit hinein in traurigster Weise vernachlässigt oder aber in gänzlich verkehrter Art gehandhabt wurde. Vorsichtig und sorgfältig muß man den Gegenstand behandeln, weil das geringste Versehen unsere besten Absichten zuschanden machen kann. Gilt es doch, beim Studium des kindlichen Gemütes gerade in bezug auf das Geschlechtsleben eine Reihe von Unterströmungen zu berücksichtigen, welche vorerst noch nicht von wilden Stürmen aufgepeitscht werden, aber immerhin doch Strömungen sind, welche wir nicht leicht zu nehmen haben. Der Reformer wendet sich behufs Lösung dieser schwierigen Aufgabe vornehmlich an uns Ärzte, und wir müssen unser Bestes tun, um sein Vertrauen zu rechtfertigen. Vorerst die wichtige Frage: Wer soll der Berater des Knaben in dieser diffizilen Angelegenheit sein? Fast möchte es scheinen, als ob hier der Vater in erster Linie in Frage käme. Indessen, so innig das Verhältnis zwischen Vater und Sohn sonst sein mag, gar zu leicht wird bei Erörterung des heiklen Themas eine unsichtbare Mauer zwischen Kind und Erzeuger aufgerichtet, welche vorher nicht bestanden hat, und in dem Sohne dämmert das dunkle Empfinden auf, als wäre die Erörterung des peinlichen Themas besser unterblieben. Die Besprechung von Fragen des Geschlechtslebens zwischen Vater und Sohn erzeugt bei dem letzteren gar zu leicht ein Gefühl des Ekels, und danach pflegt es dann leicht mit dem Vertrauen zwischen ihnen beiden vorbei zu sein. Das geschieht besonders dann, wenn der junge Mensch sich von jeglicher Begierde

noch frei fühlt; ist das aber nicht mehr der Fall und hat er seine Lüste in perverser Art befriedigt, so bedeutet der Vorgang nichts weiter als das Zudecken des Brunnens, nachdem das Kind hineingestürzt ist. Nach des Verf.'s Ansicht ist vielmehr die Schule die einzige Instanz, welche derartige Aufklärungen mit Aussicht auf Erfolg zu geben vermag, und zwar, bevor das Geschlechtsleben des Kindes erweckt ist. Wenn dies erst einmal wach, dann folgt die Betätigung des Geschlechtstriebes auf perversem Wege so schnell, daß alle Warnungen und Ermahnungen nun nichts mehr helfen können. Viele an nächtlichen Pollutionen leidende Knaben studieren mit Eifer die einschlägige Literatur und holen sich immer von neuem Rat bei Ärzten und Erziehern. Aber je tiefer sie in die Materie eindringen, desto lebhafter empfinden sie ihre Hilflosigkeit und ihre Schwäche. Die alte Geschichte: ein Gramm Prophylaxe ist mehr wert als viele Kilos von Medikamenten.

Die ersten Instruktionen haben bei unseren Söhnen noch vor Beginn der Pubertät einzusetzen. Das verlangt freilich viel Takt, denn Kinder in diesem Stadium der Entwicklung haben gemeiniglich noch gar keine Ahnung von der Sache. Aber man gehe fest und gerade auf sein Ziel los. Man sage dem Kinde: Geschlechtskrankheiten sind sehr schnell erworben, aber ungemein schwer und langsam beseitigt. Sie bringen viel Schmerzen und Elend, nicht selten sogar ein frühes, qualvolles Ende! Man ermahne den Knaben liebevoll, aber ernst, nicht jeder Liebesregung gleich nachzugeben, sondern dieselbe zu bekämpfen durch möglichst häufige Bewegungsspiele in frischer Luft und lichtem Sonnenschein. Wir sollen sie vor dem Betrachten schlüpfriger Bilder und der Lektüre unsauberer Bücher warnen und sie auffordern, das Kosen und Flirten mit jungen Mädchen aus guter Familie zu unterlassen, weil letztere hierdurch leicht auf falsche Wege geraten und zu Dirnen herabsinken, anstatt ehrbare Hausfrauen und wackere Mütter zu werden. Auch hier muß jeder, welcher dereinst ein tüchtiger Mann werden und es zu etwas bringen will, Selbstzucht üben!

Zahlreich und vielgestaltig sind die bösen Folgen, welche die Unkenntnis über die Mysterien des Geschlechtslebens bei den Kindern zeitigt. Hier gibt es mancherlei Formen, und die Grenzen zwischen natürlicher und perverser Befriedigung des Geschlechtstriebes sind schwer zu ziehen. Verf. hat Kinder, fast noch Babys, beobachtet, wie sie an den Geschlechtsteilen herumspielten, die Finger in den After bohrten und mit Wonne ihren Geruch einsogen. Ähnliches geschieht, wenn Bruder und Schwester in einem Bett schlafen. Auch den kleinsten Knaben macht es besonderen Spaß, an der Vulva der Schwester herumzuspielen und sich an dem Dufte des an ihrem Finger haftenden Sekretes zu ergötzen. Trauriger noch ist das wohlverbürgte Faktum, daß viele kleine Knaben und Mädchen zwischen 5 und 14 Jahren sich bereits in Kohabitationsversuchen üben. Mädchen, welche sich derart gehen lassen, werden oft, sobald sie in das geschlechtsreife Alter treten, zu Nymphomaninnen. Eltern können in der Überwachung des gegenseitigen Verkehrs ihrer Kinder nicht vorsichtig genug sein und ihnen ums Himmels willen nicht zu viel Freiheit lassen.



Falls dem Jungen vor Beginn der Pubertät zur Befriedigung seiner Lüste Gelegenheit gegeben wird, ohne daß er eine Ahnung von der Bedeutung derartiger Vorgänge hat, so darf man sich nicht wundern, wenn die Gelegenheit ihn zum Diebe macht. Traurig sind die Folgen, welche bei einem derartig frühreifen Bürschchen selten ausbleiben; er wird eine Beute der Kurpfuscher oder seiner krankhaften Neigungen.

Das kleine Mädchen angehend, kann nach der Meinung des Verf. die Mutter ruhig ihre sexuelle Aufklärung übernehmen ohne das Peinliche, welches derartige Erörterungen zwischen Vater und Sohn mit sich bringen. Freilich soll auch die Schule ihren Teil hierzu beitragen. Das eine muß man dem heranwachsenden Mädchen einschärfen, daß, falls sie einem Knaben oder einem erwachsenen Manne den Griff unter ihre Röcke erlaubt, dieselben jegliches Gefühl der Achtung ihr gegenüber sofort verlieren, und daß sie dann die Folgen in Gestalt übler Nachrede tragen muß. Der erste Schritt auf dem falschen Wege führt hier leicht ins Verderben. Der Gegenstand kann in eine Form gebracht werden, welche die Aufklärung in klarer, leicht faßlicher Darstellung gibt, ohne anzügliche oder anstößige Beigaben. Falls eine mündliche Erörterung nicht wünschenswert erscheint, so mag man das alles auf Karten drucken lassen, die Ermahnungen für Knaben und Mädchen getrennt, und diese Karten durch die Lehrer und Lehrerinnen in den Schulen zur Verteilung bringen. Die Knaben sollen darüber aufgeklärt werden, daß der ungefähr einmal pro Woche eintretende Samenerguß nichts Widernatürliches oder Bedenkliches ist, sondern einen durchaus natürlichen und gesunden Vorgang darstellt, durch welchen die überschüssige Kraft abgeführt wird. Der Lehrer soll sich nicht scheuen, alles dies am Penis, den Testikeln und Samenblasen des Tieres in streng wissenschaftlicher Weise zu demonstrieren. Man verfahre hierbei aber nicht zu schablonenhaft. Der Knabe, welcher hört, daß der Erguß nur einmal pro Woche höchstens eintreten darf, erschrickt vielleicht heftig, wenn dies Ereignis sich bereits in der darauffolgenden Nacht wiederholt. Der Gedanke daran geht ihm immer wieder durch den Kopf, und jetzt, da seine Phantasie sich ständig mit der Sache beschäftigt, tritt die Emissio seminis erst recht ein. Falsche Lehren sind schlechter als gar keine. Namentlich in den oben erwähnten schriftlichen Instruktionen fasse man sich kurz. Die für die Knaben bestimmte Karte braucht kaum 100 Worte zu enthalten, während diejenige der Mädchen sich mit etwa 50 begnügen kann. Kronecker.

M. Pesina, Kongenitales Myxödem. (Vorgetr. auf d. V. Kongr. böhm. Ärzte zu Prag 1914, Časopis českých lékařův. 1914. 53. p. 1336 [böhmisch].) Verf. bezeichnet Myxödem als eine kongenitale Erkrankung, die durch Thyreoideadefekt verursacht wird. Im intrauterinen Leben und während der Laktation wird die Funktion der Schilddrüse durch diejenige der mütterlichen Drüse ersetzt, ausgenommen Fälle, wo auch die Mutter thyreoideakrank ist. Die Anomalien äußern sich zuerst im Habitus, dann im Stoffwechsel (anormal hohe Assimilationsgrenze für Zucker) und in der Neigung zum Fettwerden. Die Organotherapie hat meistens ganz gute Resultate. Jar. Stuchlík.

Arent de Besche (Norweger), „Mixed viruses" bei Kindertuberkulose. (Aus dem pathologisch-anatomischen Institut des Reichshospitals.) (Norsk Magazin for Lägevidenskaben. 1914. Nr. 7.) In einer früheren Arbeit veröffentlichte der Verf. eine Reihe Untersuchungen über die tuberkulöse Infektion in den Kinderjahren. Unter 50 Fällen kindlicher Tuberkulose, in denen die Bazillen rein gezüchtet wurden, fand sich 45mal der Typus humanus, 3mal der Typus bovinus und 2mal Bazillen von nicht genau definierbarem Typus (Mixed viruses der englischen Tuberkulosekommission). Als Resultat weiterer Untersuchungen fand jetzt der Verf., daß der eine von diesen letzten Stämmen von humanem Typus war, während der andere eine Mischkultur von sowohl humanem als bovinem Typus. Von den 50 Kindern, die kein ausgewähltes Material waren, haben somit 4 Fälle, d. h. $8^0/_0$, sich als mit bovinen Tuberkelbazillen infiziert erwiesen.

Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

W. N. Klimenko, Über das Vorkommen choleraähnlicher Vibrionen bei Kindern. (Russki Wratsch. 1913. Nr. 44.) Bei der Stuhluntersuchung eines an schwerem Scharlach darniederliegenden Kindes bemerkte Verf., daß 40—$50^0/_0$ aller Bakterien dieses flüssigen Stuhles aus Vibrionen bestehen. Die anderen Kinder dieser Abteilung, (30), von denen viele leichte Darmstörungen aufwiesen, hatten ebenfalls Vibrionen im Stuhl. Diese Vibrionen agglutinierten kein Choleraserum und wiesen auch bei allen sonstigen Reaktionen und Methoden keinerlei Identität mit Choleravibrionen auf; ebenso fielen die serologischen Versuche mit dem Blut von Kaninchen, die mit diesem Vibrio immunisiert waren, in bezug auf Cholera negativ aus. Aus den ausführlich mitgeteilten Versuchen läßt sich der Schluß ziehen, daß die Frage über die Bedeutung der choleraähnlichen Vibrionen in der Pathologie des Menschen noch eine offene ist, daß dieselben bei gesunden Menschen auch nicht zu Zeiten von Choleraepidemien in allen Breitengraden vorkommen und daß endlich zur Choleradiagnose nicht allein die bakteriologische Untersuchung genüge, sondern daß auch ein Agglutinationsversuch mit einer Bakterienkultur gemacht werden müsse.

S. Rubinstein (Riga).

A. Lurie, Stoffwechselversuche und Therapie bei mongoloider Idiotie. (Wratschebnoj Gazeta. 1913. Nr. 46.) Bei den Stoffwechselversuchen wurde eine erhöhte Ausscheidung von P_2O_5 sowohl im Harn, wie im Stuhl festgestellt; ebenso ist die CaO-Ausscheidung in den Darmentleerungen gesteigert. Therapeutisch wurde derart vorgegangen, daß die Kinder Calc. phosphor. oder Calc. glycerinphosphor. in der Dose von 0,01 einmal täglich bis zu 0,5 viermal täglich und mehr, je nach dem Alter, erhielten. Abgesehen von leichten Durchfällen, die nach Aussetzen der Medikation eintraten, wurden keinerlei Nebenwirkungen beobachtet. Die mitgeteilten Krankengeschichten beweisen einen günstigen Einfluß dieser Behandlungsart.

S. Rubinstein (Riga).

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Friedel Pick (Prag): **Trachealstenose.** Röntgenaufnahmen des Kehlkopfs eines 15jährigen Knaben, der zunächst als Diphtherie tracheotomiert wurde und nach monatelangem Spitalaufenthalt ohne Kanüle entlassen, wegen Stenoseerscheinungen neuerdings tracheotomiert werden mußte. Dilatationsbehandlung, worauf ein Stück eines Röhrenknochens ausgehustet wurde, der ganz von Bindegewebe umgeben, etwa 4 cm unter der Glottis gelegen war und auch auf der Röntgenplatte zu erkennen ist. Der Junge wußte nichts von dem Vorhandensein des Fremdkörpers und erinnert sich erst nach dem Aushusten, vor einem halben Jahr einen Knochen geschluckt zu haben.

Diskussion. v. Eicken (Gießen): Bei Verdacht auf Fremdkörper des Bronchus spricht der negative Ausfall des Röntgenbildes nicht gegen Fremdkörper.

Thost (Hamburg): **Behandlung inoperabler Karzinome.** Die Karzinome der Stimmlippen oder der Taschenbänder geben für die Operation bei rechtzeitiger Diagnose Aussicht auf Erfolg.

Winckler (Bremen): **Tonsillenoperationen im Kindesalter.** Die Tonsillotomie genügt nicht in allen Fällen. Ist das Mandelgewebe klinisch krank, sind auf die kranken Gaumentonsillen Allgemeinstörungen zurückzuführen, dann ist die Tonsillektomie ebenso berechtigt, wie dies bei den gleichen Zuständen beim Erwachsenen bereits allgemein anerkannt ist. Die physiologische Leistung der Gaumentonsillen ist noch unklar. Es scheint, daß von den kranken Tonsillen Eiweißverbindungen in den Blutstrom gelangen, gegen die das Serum spezifische Fermente bildet. Für die Blutzusammensetzung spielen die Gaumentonsillen keine wesentliche Rolle. Der Hämoglobingehalt ändert sich nach Tonsillektomie nicht. Man sieht nach dieser Operation oft eine auffallende Erholung der vorher nicht recht weiterkommenden Kinder. Bei Kindern mit exsudativer Diathese tritt nach Enukleation der Gaumentonsille öfters an gewissen Stellen eine Hyperplasie des lymphoiden Gewebes ein. Einen Nachteil der Operation im Kindesalter sah Winckler niemals. Er beobachtete Patienten 10 und mehr Jahre hindurch nach dem Eingriff. Die große Schwierigkeit besteht darin, klinisch die chronische Tonsillitis zu erkennen, was bei einer Untersuchung oft unmöglich ist.

Steiner (Prag): **Rachenmandel.** Für die Entstehung der Hyperplasie sind nicht immer entzündliche Prozesse verantwortlich zu machen, da solche auch in nicht-hyperplastischen Mandeln nachgewiesen werden konnten. Gegen die Genese der Hyperplasie aus bloß entzündlichen Veränderungen spricht nach Steiner auch das klinische Krankheitsbild der chronischen Adenoiditis, indem bei einer großen Anzahl solcher von wiederholten Entzündungen der Rachenmandel heimgesuchten Kranken eine als Hyperplasie zu deutende Volumenzunahme der Rachenmandel fast gar nicht zu konstatieren war. Für die Adenotomie eignen sich daher nicht nur die Fälle von reiner Hyperplasie, sondern auch die Fälle von rezidivierender Adenoiditis, die zu Verkleinerung des Organs geführt haben.

Diskussion. Amersbach (Freiburg) spricht zur physiologischen Bedeutung der Tonsillen. Er hat auf der Kahlerschen Klinik die Versuche Henckes, der in die Nase injizierten Ruß in den Tonsillen nachwies und daher die Tonsillen als Exkretionsorgane betrachtet, nachgeprüft, ist aber nur zu negativen Resultaten gekommen.

Finder (Berlin) stimmt Herrn Winckler bei, daß bei Kindern auch kleine erkrankte Tonsillen radikal zu entfernen sind. So findet man bei den sogenannten orthostatischen Individuen durch chronische Tonsillenerkrankungen im Kindesalter sehr häufig echte chronische Nephritis.

Halle (Berlin): Man soll auch bei lymphatischer Diathese operieren, hauptsächlich wegen der Gefahr des Hinzutretens von Ohrkomplikation.

Güttich (Charlottenburg): Man soll nicht von extrakapsulärer Ausschälung sprechen, die Tonsille habe keine Kapsel.

Spiess (Frankfurt) ist für konservative Behandlung, solange nicht bewiesen ist, daß die Tonsille wirklich überflüssig ist.

v. Eicken (Gießen): **Fremdkörper der Speiseröhre mit tödlichem Ausgang.** Unter 18 zum Teil recht schwierigen Operationen von Fremdkörpern aus der Speiseröhre mittels Ösophagoskopie hatte v. Eicken einen Todesfall zu verzeichnen. Ein Kind von 15 Monaten mit einem seit 8 Tagen im obersten Abschnitt der Speiseröhre steckenden Zehnpfennigstück. Die Extraktion gelang, jedoch



Exitus nach einem Tag. Sektion ergab dekubitale Geschwüre an der Stelle, wo das Geldstück gelegen, und einen mit dem Geschwür kommunizierenden, neben der Speiseröhre gelegenen Kanal, in den offenbar das Ösophagoskop eingedrungen sein mußte. Von hier ausgehende diffuse eitrige Mediastinitis. Eine derartige Verletzung ist zu verhindern, wenn das Kind rechtzeitig zur Ösophagoskopie kommt, da dann die Speiseröhrenwand noch nicht so hochgradig geschädigt ist.

Diskussion. Möller (Kopenhagen) und Güttich (Charlottenburg) haben ähnliche Fälle beobachtet.

Kahler (Freiburg i. Br.) betont die Wichtigkeit der Veröffentlichung derartiger unglücklicher Zufälle, die Ösophagoskopie ist entschieden gefährlicher als die Tracheoskopie, weil schon eine kleine Verletzung zur Mediastinitis führen kann.

Marschik (Wien) empfiehlt bei Verdacht einer beginnenden Mediastinitis, sofort die Mediastinotomie zu machen.

(21. Tagung d. Vereins deutscher Laryngologen, 29. u. 30. Mai 1914.)

Hoffmann: **Urticaria xanthelasmoidea.** Ein 10 Wochen altes Kind, das mit einem über den ganzen Körper ausgedehnten Ausschlag geboren wurde und noch unverändert buntscheckig, rotbraun und braun aussieht. Nur die Handteller und Schleimhäute sind frei geblieben. Da außerdem sich noch tumorartige Gebilde, stecknadelkopf- bis erbsengroß, finden, die teils konfluieren, sich derb anfühlen und pigmentierte Umgebung haben und deren Oberfläche ein gelbes, xanthom-ähnliches Gebilde zeigt, so ist der Name Urticaria xanthelasmoïdea gerechtfertigt. Histologisch lassen sich Mastzelleninfiltrate im Corium nachweisen. Die Ätiologie ist unbekannt, die Prognose günstig, die Behandlung machtlos, soll aber auf jeden Fall heiße Bäder und Schwefelbäder vermeiden, weil dadurch die Reizbarkeit der Haut erhöht wird.

(Gesellschaft der Charitéärzte, Berlin, 5. März 1914.)

Böhm: **Rückgratverkrümmungen unter den Berliner Gemeindeschulkindern.** Von den Vorstandsmitgliedern wurden 6000 Kinder untersucht; 70% waren normal, 15,4% hatten anteroposteriore, ebensoviel seitliche Verbiegungen; von letzteren sind etwa 6,7% fixierte Skoliosen. Ein Unterschied bezüglich der Häufigkeit bei den beiden Geschlechtern besteht nicht. Die Haltungsanomalien und die Skoliosen werden durch die Schule nur wenig verschlimmert. Bei den Mädchen nehmen die Verbiegungen in den höheren Klassen zu. Die Vorschläge der Kommissionsmitglieder an die Stadt Berlin sind: die 23% Haltungsanomalien und unfixierte Skoliosen sollen in der Schule an den „hygienischen" Turnkursen teilnehmen; die 6% fixierte Skoliosen sollen (mit Merkblättern für die Eltern) den orthopädischen Anstalten zugeführt werden.

(Berliner orthopädische Gesellschaft, 6. April 1914.)

Schmidt-Hackenberg: **Primäre Nasendiphtherie bei Kindern.** Nasendiphtherie wird leicht übersehen. Hartnäckiger Ausfluß aus der Nase bei wenig veränderter Schleimhaut mit intakten Nebenhöhlen führt makroskopisch zur Diagnose, die durch bakteriologische Methodik gesichert wird. Jeder operative Eingriff an Nase, Nasenrachen und Ohr ist — wenn nicht quoad vitam nötig — kontraindiziert wegen der Schwere eintretender Komplikationen. Sehr bald sind Diphtheriebazillen im Ohr nachweisbar. Therapeutisch kommt nur das Heilserum in Betracht, das intravenös, auch intramuskulär, nicht subkutan, und in leichten Fällen auch lokal appliziert wird.

Diskussion. Senator beanstandet die Angabe des Redners, daß die Rhinitis fibrinosa nicht mit echter Diphtherie identisch und die bei ersterer gefundenen Bazillen nur Saprophyten seien. Vielleicht betrifft die Diphtherie mehr noch die Rachenmandel als die Nasenhöhle.

Blumenthal betont, daß Seruminjektionen bei Nasendiphtherie nur in den ersten Tagen der Erkrankung wirksam sind.

Schwerin hat in einer größeren Zahl von Nasendiphtherien lediglich mit lokaler Applikation von weißer Präzipitatsalbe gute Erfolge erzielt.

Schmidt-Hackenberg (Schlußwort): Präzipitatsalbe bringt günstigstenfalls die Exkoriationen zum Abheilen; Nachschübe aus der Nase kann sie nicht verhüten. (Berliner otologische Gesellschaft, 24. April 1914.)

F. Göppert: **Apraxie der rechten Hand bei einem 14monatigen Säugling.** Beginn der Erkrankung nach dem Typus einer im späten Säuglingsalter sich entwickelnden seltenen Gehirnerkrankung mit gehäuften Krampfanfällen in Form von Atemstillstand ohne Glottisspasmen. Erst Erregung, dann Apathie. Die

Beseitigung einer gleichzeitig bestehenden latenten Spasmophilie bewirkt sofort ein Herabgehen der Anfälle auf ein Minimum. (Kalktherapie.) Nach einem 2- bis 3tägigen Zustand von Erregung zunehmende gute Laune und langsame Besserung der geistigen Funktionen. Es zeigt sich, daß das Kind, das mit 9 Monaten ausgesprochener Rechtshänder war, zum Fassen und Spielen nur die linke Hand benutzt, Gegenstände, die in die rechte gebracht werden, zwar umklammert, aber nicht beachtet. Dagegen wird die rechte Hand zum Kratzen vollständig nach allen Richtungen hin benutzt. Leicht angedeutete Spasmen im rechten Ellbogengelenk waren nur zu Anfang bemerkbar. Jetzt nur noch im rechten Bein geringe Schwäche. Prognose der Apraxie wahrscheinlich gut, im übrigen Heilung ohne geistigen Defekt unwahrscheinlich, ja sogar neues Aufflammen der Erkrankung denkbar. (Mediz. Gesellschaft Göttingen, 5. März 1914.)

Nieber: **Osteochondritis deformans juvenilis.** Es handelt sich um ein Mädchen von 11 Jahren. Das Kind war immer gesund bis zum August 1913. Nach einem Wettlauf mit den Geschwistern klagte sie zum erstenmal über Schmerzen im linken Oberschenkel seitlich; das Kind begann bald darauf zu hinken. Die Schmerzen ließen nach, bis sie vor vier Wochen wieder auftraten; ziehendes und spannendes Gefühl in dem linken Oberschenkel. Das Kind geht jetzt mit etwas außenrotiertem linken Fuß und stark adduziertem Oberschenkel. Irgendeine Schwellung der Hüfte besteht nicht. Der linke Trochanter major steht etwa $1^1/_2$ cm über der Roser-Nélatonschen Linie. Ein typischer Stauchschmerz, wie bei Coxitis tuberculosa, besteht nicht. Das Trendelenburgsche Phänomen ist links positiv. Im Unterschied zur Coxitis tuberculosa besteht keine Flexionskontraktur. Beugung und Streckung sind vollkommen frei und schmerzlos auszuführen. Die Adduktion dagegen ist vollkommen gesperrt; die Röntgenaufnahmen zeigen die charakteristischen Veränderungen an der Femurepiphyse und der Kopfkappe, nämlich herdförmige Aufhellung der Knochensubstanz, so daß die Epiphyse in mehrere Teile zerfallen aussieht; gleichzeitig ist die Kopfkappe stark in die Breite deformiert, abgeplattet. Röntgenaufnahmen von zwei anderen kleinen Patienten, einem Mädchen von 5 Jahren und einem Knaben von 10 Jahren, die beide klinisch dieselben charakteristischen Symptome der Osteochondritis deformans juvenilis zeigen, haben ebenfalls die charakteristische Aufhellung in der Nähe der Epiphysenlinie und Abspaltung der Kopfkappe. Es fehlen sonst alle Zeichen von einer regionären Knochenatrophie. Bezüglich der Ätiologie kann ich mich der Ansicht, daß es sich um eine bakterielle entzündliche Genese handelt, vorläufig nicht anschließen. Ich werde an anderer Stelle darüber berichten. Rost und Baisch fanden in einem resp. zwei Fällen die Antistaphylolysinreaktion positiv, in der Mehrzahl der Fälle jedoch negativ, angeblich weil der Beginn der Erkrankung zu weit zurückliegt. Sämtliche Fälle der Literatur, 7 von Perthes und 5 von Baisch, zeigten eine günstige Prognose; jedoch erstreckt sich der Verlauf über mehrere Jahre, bis über 4, ja 6 Jahre. Die Behandlung besteht in Fixation und Bewegungstherapie, neuerdings überwiegt die Bewegungstherapie. Mikroskopisch findet man an der Epiphysenlinie und in der Kopfkappe Knorpelinseln. Die Knochensubstanz neben den Knorpelinseln zeigt dieselbe harte Konsistenz wie gesunder Knochen. Der Knorpelüberzug des Gelenkes ist vollkommen normal. Zeichen entzündlicher Infiltration sind in dem einen bisher untersuchten Falle nicht gefunden. In den Zwischenräumen zwischen den Knorpelinseln finden sich normale Knochenbälkchen und von diesen eingeschlossen auffallend weite, mit Fettmark ausgefüllte Markräume. Wie Perthes und Baisch steht Vortragender auf dem Standpunkt, daß die Osteochondritis deformans juvenilis scharf von der Arthritis deformans der Erwachsenen zu trennen ist. (Ärztl. Verein in Hamburg, 17. März 1914.)

Sokolowsky: **Schwerhörigkeit in der Schule, mit besonderer Berücksichtigung des Unterrichts für hochgradig Schwerhörige.** Vortragender referiert zunächst über die Anzahl der Ohrenkranken unter den Schulkindern. Auf Grund vielfacher statistischer Erhebungen kann im allgemeinen angenommen werden, daß bei dem vierten Teil der Kinder in den Volksschulen die Hörorgane nicht normal sind. Schon daraus erhellt die große Bedeutung der Institution der Schulärzte. Eine ganz bestimmte Gruppe von Schwerhörigen, für die — mit wenigen Ausnahmen — eine Fürsorge noch nicht durchgeführt ist, sind die hochgradig Schwerhörigen. Vortragender erörtert die Gründe, warum die drei — fast allgemein geübten — Verfahren, nämlich die Unterbringung dieser Kinder in den Normalklassen, in den Klassen für Schwachbegabte und in den Taubstummenanstalten, zu verwerfen

sind; er tritt für die Errichtung eines speziellen Unterrichts in besonderen Schwerhörigenklassen ein, wie ihn Hartmann zuerst empfohlen hat, und der sich nach den bisherigen Erfahrungen als außerordentlich segensreich erwiesen hat. Schilderung der Einrichtung und des Lehrplans einer solchen Schwerhörigenschule. Auch in Königsberg sollen jetzt von der Universitäts-Ohrenklinik (Prof. Dr. Stenger) Schritte bei den maßgebenden Instanzen getan werden.

(Verein f. wissenschaftl. Heilk., Königsberg, 16. März 1914.)

Westphal: **Pseudotumor cerebri unter dem Bilde eines Zerebellartumors verlaufend. Weitgehende Besserung durch Operation.** 26 jähriges Fräulein H. F. März 1908 in die Klinik aufgenommen mit dem ausgesprochenen Symptomenkomplex eines Tumor cerebelli: Zerebellare Ataxie, heftiges Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, Erbrechen. Stauungspapille (r. > l.), Nystagmus, Areflexie der Cornea. Die allmähliche Ausbildung einer linksseitigen spastischen Hemiparese in Verbindung mit deutlicher Lokalisation der Kopfschmerzen an einer bestimmten Stelle der rechten Hinterhauptsgegend machte den rechtsseitigen Sitz des angenommenen Tumors wahrscheinlich. Die schnell zunehmende Sehstörung (Optikusatrophie) sowie die Schwere der Allgemeinerscheinungen ließen die Operation indiziert erscheinen. 8. August 1909 Freilegung der rechten Kleinhirnhälfte (Geh. Rat Garrè). Befund am Kleinhirn normal. Kein Tumor gefunden. Reichliche Entleerung von Liquor cerebrospinalis. Bildung eines etwa apfelgroßen Hirnprolapses. Zunächst Verschlechterung des Befindens, dann schnell fortschreitende Besserung, die jetzt schon seit längerer Zeit zu einem stationären Zustand geführt hat, mit fast vollständiger Rückbildung der Krankheitserscheinungen. Der Gang ist sicher, die zerebrale Ataxie geschwunden; Patientin macht weite Spaziergänge, das Allgemeinbefinden ist ein gutes, nur zeitweilig treten noch anfallsartig Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und motorische Reizerscheinungen im linken Bein auf, welches keine Lähmung mehr aufweist. Befund an den Augen annähernd wie vor der Operation: Beiderseits Sehnervenatrophie, rechts komplette Atrophie mit Amaurose, links stationärer Zustand, visus $^6/_{12}$. Es handelt sich in dem vorliegenden Fall um einen sogenannten Pseudotumor cerebri, dessen Ursache (Meningitis serosa? Hydrozephalus?) nicht sicher festzustellen ist. Nicht unwahrscheinlich ist der Zusammenhang des Leidens mit einer Scarlatina, welche Patientin kurz vor Beginn der Zentralerscheinungen durchgemacht hatte. Über ähnliche therapeutische Erfolge bei Pseudotumor durch Spinalpunktion, Ventrikelpunktion oder Trepanation, wohl wesentlich infolge der Druckentlastung, ist in der Literatur bereits mehrfach berichtet worden. In dem demonstrierten Falle wäre Patientin ohne Operation sicher völlig erblindet, wahrscheinlich an der Schwere der Allgemeinerscheinungen bald zugrunde gegangen.

(Niederrhein. Ges. f. Natur- u. Heilk., Bonn, 9. Februar 1914.)

Lampe (Bromberg): **Kastration bei Mammakarzinom.** Vortragender hat den Vorschlag des Glasgower Chirurgen Beatson, Frauen mit inoperablem Brustkrebs zu kastrieren, aufgenommen und ihn dahin erweitert, die Kastration auch als Voroperation der Mammaamputation heranzuziehen. An 5 Fällen konnte durchweg beobachtet werden, daß schon innerhalb der ersten Tage post operationem der Mammatumor etwas kleiner und weicher wird. In einem Falle verschwanden lentikuläre Knötchen der Haut in der Umgebung des primären Tumors völlig, in einem anderen schrumpfte der primäre Tumor innerhalb von 4 Monaten auf etwa ein Drittel seiner Größe ein, während die stark vergrößerten Achseldrüsen sich vollkommen zurückbildeten. Vortragender hat bisher entsprechend den Erfahrungen der englischen Chirurgen nur palliative Resultate erzielt; er meint aber, daß vielleicht die der Mammaamputation vorausgeschickte Kastration das Dauerresultat der ersteren zu unterstützen imstande sein werde.

(Nordostdeutsche Gesellsch. f. Gynäk., 14. März 1914.)

Rille: **Creeping disease (Larva migrans).** Diese Erkrankung ist bisher in Deutschland überhaupt nur zweimal beobachtet. Im vorliegenden Fall handelt es sich um ein $1^3/_4$ jähriges Mädchen aus der Umgebung Leipzigs. Die Affektion soll Anfang Februar wahrscheinlich in der Gegend des Anus begonnen haben. Im Moment sieht man in der Rückenhaut die vielfach verschlungenen Gänge der wandernden Fliegenlarve, wahrscheinlich einer Gastrophilusart, in sehr instruktiver Weise. — Vortragender bespricht an der Hand von zahlreichen Lichtbildern alle bisher über die Ätiologie und Pathologie dieses Leidens bekannten Tatsachen.

(Mediz. Gesellschaft Leipzig, 3. März 1914.)

Göppert: **Latente und manifeste Lungenblähung älterer Kinder.** Bei chronisch hustenden Kindern zwischen dem 4. bis 14. Lebensjahr findet man häufiger Tiefstand der unteren Lungengrenzen auch dort, wo klinisches Verhalten und auskultatorischer Befund einen Gedanken an Lungenblähung nicht erweckten. In anderen Fällen mit oder ohne auskultatorischen Befund kann man aber diese Lungenblähung künstlich für einige Minuten hervorrufen, wenn man das Kind einige Male tief inspirieren läßt. In beiden Gruppen von Fällen ist durch forcierte Exspiration mit mehr oder weniger manueller Nachhilfe der normale Stand der Lungengrenzen vorübergehend oder dauernd wieder herzustellen. (Demonstration von Röntgenbildern.) Hustenstöße vermindern das Volumen der geblähten Lunge nicht. Damit ist der Beweis einer Insuffizienz der Exspiration in Fällen zu führen, die wir sonst für weniger bedeutsam gehalten hätten. Als Ursache dieser Erscheinung ist zunächst eine Schwellung der Bronchien vorauszusetzen, da dies ganze Verhalten einen Bronchialkrampf ausschließt. Daß der Auswurf etwas erheblicher ist, als wir nach dem auskultatorischen Befund mitunter annehmen dürfen, zeigt öfters die Vermehrung des bestehenden Auswurfs oder gar erst das Manifestwerden desselben. Trotzdem liegt es nahe anzunehmen, daß die Exspiration diesem bestehenden Hindernis gegenüber leichter versagt als bei anderen Kindern. Dies kann der Fall sein, wenn wir eine angeborene verminderte Elastizität der Lunge annehmen bei gleicher Dehnungsfähigkeit. Doch ist auch wohl denkbar, daß die Heranziehung muskulärer Kräfte zur Ausatmung automatisch nicht in der notwendigen Weise erfolgt. Am häufigsten finden wir diese Form der Lungenblähung bei ausgesprochenen Fällen von exsudativer Diathese. Sie ist nur bei einer Minderzahl aller chronischen Huster vorhanden, ebenso fehlt sie gewöhnlich bei akuter Bronchitis. Die Feststellung einer derartigen Insuffizienz erweckt die Befürchtung, daß sich unter sonst geeigneten Verhältnissen Emphysem entwickeln könne. Die Therapie besteht in systematischen Exspirationsübungen, wobei anfangs manuell die Inspiration gehemmt, die Exspiration vermehrt wird. Wo häufige Rezidive eintreten, ist länger dauernde klimatische Therapie am Platze.
(Mediz. Gesellschaft Göttingen, 11. Juni 1914.)

Uhlig: **Sakraltumor.** Der 668 g schwere Tumor wurde einem $2^1/_2$ Monate alten, aus gesunder Familie stammenden Kinde von 4600 g Gewicht exstirpiert. Er saß der Gesäßgegend breitbasisch auf und bildete die Verlängerung des Rumpfes. Die Afteröffnung lag vor dem Tumor, das nach hinten abgeknickte Sacrum und Coccygeum waren dorsal vom Tumor deutlich unter der Haut zu fühlen, die unteren Extremitäten zeigten normale Beweglichkeit, im Röntgenbild sind kleine Knorpel- und Knochenstückchen von uncharakteristischer Gestalt erkennbar. Es werden eine Anzahl mikroskopischer Präparate demonstriert, die Knochen, Knorpel, Zysten mit hohem Zylinderepithel und Becherzellen, Epidermoidzysten mit Haarbälgen und Talgdrüsen und zellenreiches Gliagewebe enthalten. (Mediz. Verein Greifswald, 22. Mai 1914.)

Rüder: **Dermatitis exfoliativa.** Vortr. demonstriert Bilder (Diapositive) von einem Neugeborenen, der, im Klosett gefunden, schon am Tage der Aufnahme das Bild der Dermatitis exfoliativa darbot. Der äußere Eindruck des Kindes zeigte das Bild einer ausgedehnten Verbrennung mit ätzender Flüssigkeit. Corium in großen Blasen abgehoben oder dick infiltriert und geschwollen. Tiefe Rhagaden am Munde. Im Munde weißer Belag. Der Blaseninhalt ergab Streptokokken in Reinkultur. Exitus nach einigen Tagen. Ferner stellt Vortr. eine Patientin vor, bei welcher wegen totaler Uterusruptur Exstirpation per laparotomiam vorgenommen wurde. Das Kind lag zwischen den Därmen und die Plazenta unter dem Zwerchfell. Die Ruptur war bei Schräglage spontan erfolgt. Zugleich berichtet Vortr. über zwei weitere, ebenfalls auf gleiche Weise geheilte Fälle von totaler Uterusruptur mit gleichem Befund wie oben. Der Riß saß zweimal quer, einmal längs. Alle Frauen waren Mehrgebärende. Nur einmal war ein Wendungsversuch gemacht. Alle waren von außen eingeliefert. Zugleich demonstriert Vortr. eine tabellarische Übersicht über 24 in Eppendorf behandelte Uterusrupturen. Hiervon waren 5 an Peritonitis gestorben, 10 infolge Verblutung, 1 an Pneumonie, 8 Fälle geheilt. Als besondere Rupturursachen kamen vor Bruch einer Sectio caesarea-Narbe und Bruch der Uteruswand nach Abortausräumung und Sepsis und drittens Metreuryse. Einmal Ventrifixation. Die 24 Rupturen verteilten sich auf 20000 Geburten. Therapie fast ausschließlich Operation.
(Ärztl. Verein in Hamburg, 26. Mai 1914.)

III. Neue Bücher.

O. Dornblüth. **Deutsches Erziehungsbuch.** Wiesbaden. J. F. Bergmann. (Preis: M. 5.)

Dieser „Ratgeber für Eltern und Erzieher“ sollte von den Ärzten warm empfohlen werden und Eingang in die weitesten Kreise finden. Nachdem der Autor das Säuglings-, Spiel- und Schulalter in besonderen Abschnitten gewürdigt und sehr vernünftige Ratschläge über körperliche und geistige Erziehung gegeben, berücksichtigt er in weiteren Abschnitten die „Fehler der Erzieher“ und die wichtigen „Fehler der Kinder und ihre Behandlung“. Auch dieses Kapitel hat eine vorzügliche Bearbeitung gefunden. Grätzer.

F. Theodor. **Praktische Winke zur Ernährung und Pflege der Kinder.** 5. Aufl. Königsberg. Bons Buchhandlung.

Das kleine Buch bedarf einer Empfehlung nicht mehr. Es soll nur erwähnt werden, daß der Verfasser wieder den Inhalt vermehrt und seine Ratschläge den neuesten Errungenschaften auf dem Gebiet der Kinderpflege und Ernährung angepaßt hat. Dies „Nachschlagebuch für Mütter“ wird sicherlich weiterhin große Verbreitung finden und sich als nützlich erweisen. Grätzer.

L. Brauer. **Beiträge zur Klinik der Infektionskrankheiten und zur Immunitätsforschung.** Würzburg. C. Kabitzsch.

Auch das vorliegende Heft 1 des IV. Bandes enthält eine Reihe von Aufsätzen, die den Arzt sehr interessieren dürften: „Ätiologische Untersuchungen über den Flecktyphus in Serbien 1913 und Hamburg 1914“ von v. Prowazek. „Ein Fall von Purpura mit Eruption hämorrhagischer Vesikeln (Varicellae?)“ von Lindvall. „Endocarditis septica“ von Jochmann. „Die klinischen Erscheinungen nach der Typhus-Schutzimpfung“ u. a. Grätzer.

Neue Dissertationen.

(Aus deutschen Universitäten.)

Ahrens, B., Fall von Hungerschädigung bei habitueller Unterkieferluxation im Säuglingsalter (Göttingen). — **Bosler, A.,** Nierenfunktionsprüfung bei Säuglingen und älteren Kindern (Straßburg). — **v. Cancrin, W.,** Fall von Trichophagie bei einem $2^1/_2$jährigen Mädchen (Rostock). — **Fraatz, P.,** Über das Vorkommen von Diphtheriebazillen im Urin (Rostock). — **Friedländer, G.,** Akute gelbe Leberatrophie im Kindesalter und das Verhalten der Wa.R. bei dieser Erkrankung (Breslau). — **Grünewald, E. A.,** Die kongenitalen Luxationen des Kniegelenkes (Freiburg). — **Grzibek, V. F.,** Fall von kongenitaler Hydronephrose mit Hydrops renum cysticus (Breslau). — **Huenges, C.,** Die Mikrosporie in Straßburg i. Els. (Straßburg). — **Kroemer, K.,** Die Mehlverdauung im Magen des Säuglings (Breslau). — **Krone, W.,** Todesursachen der Säuglinge in den ersten 10 Lebenstagen in der Universitäts-Frauenklinik Bonn, im Stadt- und Landkreis Bonn während der Jahre 1902 bis 1912 (Bonn). — **Künzel, J.,** Prognose der Psychosen und Neurosen im Kindesalter (Bonn). — **Kujumdjieff, M.,** Beitrag zur Lehre von der Blennorrhoea neonatorum (Gießen). — **Majerus, K.,** Hypoplasie des Hodens und Nebenhodens jugendlicher Individuen (Bonn). — **Meysen, W.,** Kongenital enge Ureteren (Bonn). — **Moebius, H.,** Beitrag zur Kenntnis der hämorrhagischen Diathese im Kindesalter (Straßburg). — **Mutschler,** 17 Fälle von Melaena neonatorum (Tübingen). — **Nagel, H.,** Über das Auftreten der Mikrosporie in Heidelberg (Heidelberg). — **Ricklin, B.,** Strophulus im Kindesalter (Breslau). — **Scheppler, E.,** Fall von doppelseitiger Entbindungslähmung. Beitrag zu den Armlähmungen der Neugeborenen und deren Behandlung (München). — **Schlott,** Zur Geschichte der Diphtherie in Württemberg (Tübingen). — **Schmidt, M.,** Über den angeborenen, insbesondere doppelseitigen Schulterblatthochstand (Heidelberg). — **Traeger, W.,** Fall von idiopathischer juveniler Osteoarthritis deformans (Gießen). — **Umenhof, K.,** Mehrere Mißbildungen an einem Fötus, unter besonderer Berücksichtigung ihrer Genese (München).

IV. Monats-Chronik.

Greifswald. Prof. Peiper ist zum ord. Honorarprofessor ernannt.

Prag. Prof. Ganghofer ist in den Ruhestand getreten.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.



Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

20. Jahrgang. September 1915. Nr. 9.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

H. Koch, Über die Verwertbarkeit der Glycyltryptophanprobe für die Diagnose normaler und pathologischer Körperflüssigkeiten; experimenteller Beitrag. Ergebnisse dieser Probe bei der Untersuchung von Milch. (Zschr. f. Kindhlk. 10. 1914. H. 1. S. 1.) Die Methode besteht darin, daß die zu untersuchende Flüssigkeit unverdünnt und in verschiedenen Verdünnungen mit gleichen Teilen Glycyltryptophan versetzt und dieses Gemisch für 4 Stunden in den Brutschrank gehalten wird. Dann sieht man nach, ob aus der Verbindung Glycyltryptophan das Tryptophan durch das eventuell vorhandene peptolytische Ferment abgespalten wurde oder nicht. Der Nachweis des Tryptophans wird so geführt, daß die Probe mit verdünnter Essigsäure angesäuert und dann mit Brom — Verf. verwendete Bromdämpfe — versetzt wird. Die Anwesenheit von Tryptophan wird durch eine Rotfärbung der Flüssigkeit angezeigt. Aus dem Grad der Verdünnung, bei der noch ein positives Resultat zu erhalten ist, kann auf die Menge des vorhandenen peptolytischen Fermentes geschlossen werden. In einem Material von 29 Fällen wurde die von Pollak und Lenk angegebene Methode zur Unterscheidung von Transsudat und Exsudat mit Hilfe der Glycyltryptophanprobe nachgeprüft. Es ergaben sich folgende Resultate: In 6 Fällen von Meningitis tuberculosa fiel die Probe nur in der unverdünnten Lumbalflüssigkeit positiv aus, mit Ausnahme eines Falles, bei dem noch in der auf $^1/_{10}$ verdünnten Flüssigkeit peptolytisches Ferment hatte nachgewiesen werden können. In 4 Fällen von Meningitis serosa wurde bis auf einen jedesmal ein negativer Ausfall der Reaktion erzielt, ebenso in 3 von 4 Fällen von chronischen Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute. Die eitrigen Exsudate, 15 Fälle, zeigen gar keine Einheitlichkeit betreffs des Ausfalles dieser Reaktion. Zu bemerken ist, daß die Exsudate eines und desselben Falles, aber an verschiedenen Tagen entnommen, auch nicht immer den gleichen peptolytischen Index aufweisen. In 2 von 3 Fällen von Transsudaten war nur unverdünnt peptolytisches Ferment nachzuweisen. In dem dritten auch in der unverdünnten Flüssigkeit nicht. Aus diesen Ergebnissen ist zu ersehen, daß die Glycyltryptophanprobe keinen besonders hohen diagnostischen Wert hat; selbstverständlich gilt dies nur für die Erkrankungen im Kindesalter.

Es wurde versucht, ob sich experimentell zeigen läßt, daß Exsudate, hervorgerufen durch dieselben Ursachen, einen gleich hohen

peptolytischen Index aufweisen oder nicht. Die Exsudate wurden erzeugt durch sterile Substanzen (NaCl-Lösung, Terpentinöl, Bouillon), dann durch Bakterien. Das Resultat dieser Untersuchung ist jedoch ein negatives, da in vielen Fällen die durch dasselbe Mittel hervorgerufenen Exsudate nicht denselben peptolytischen Index aufweisen. Interessant ist auch, daß durch Tuberkulin bei tuberkulösen Tieren hervorgerufene, daher spezifische Exsudate zwar einen hohen peptolytischen Index aufweisen können, daß aber auch nicht spezifische Exsudate bei tuberkulösen Tieren einen ebenso hohen peptolytischen Index zeigen. Die Untersuchung der Milch auf Glycyltryptophan spaltende Fermente ergab bei der Frauenmilch stets positive Resultate, bei der Kuhmilch wechselnde. Es wird gezeigt, daß die frisch genommene Milch von 10 Kühen aus einem und demselben Stalle ebenso wechselnde Ausschläge ergibt. Es wird daraus geschlossen, daß äußere Einflüsse, wie das Futter, die Frischheit eventuell beigemengter Desinfizientien für den Ausfall der Reaktion nicht in Betracht kommen. Schick.

Ph. S. Chancellor, Beitrag zur Frage des Primäraffektes bei der Tuberkulose. (Ebenda. 10. H. 1. 1914. S. 12.) Fall I. Im Alter von 2 Monaten entwickelte sich auf der linken Wange eine braunrote Effloreszenz, welche rasch größer wurde und dann exkoriierte und geschwürartig wurde. Dieses Geschwür wurde von verschiedenen Ärzten mit allen möglichen Mitteln behandelt, ohne daß irgend ein Erfolg zu verzeichnen gewesen wäre. Bei der Aufnahme fand sich auf der linken Wange eine ca. $1^1/_2$ cm breite rote Papel, deren Mitte geschwürartig verändert und mit einer dünnen weißen Kruste bedeckt war. Unter dieser Effloreszenz war eine zweite, kleinere, hellrote, infiltrierte Stelle zu sehen, ca. 2 mm im Durchmesser. Die Drüsen der linken Halsseite stark geschwollen. Die Infektion war durch eine tuberkulöse Pflegerin zustande gekommen, die das Kind einmal in die Wange biß.

Fall II. Im 3. Lebensmonate Schwellung der rechten Halsseite, nach einem Monate Eröffnung und Entleerung von reichlichem Eiter, von Zeit zu Zeit Temperatursteigerungen. Bei der Aufnahme fand sich neben der Schwellung der Halsdrüsen ein Geschwür an der rechten Tonsille. Pat. ging an Meningitis zugrunde.

Fall III. 1 Jahr alter Knabe mit erbsengroßer Infiltration der Wange und Erkrankung der regionären Drüsen. Infektion durch einen tuberkulösen Onkel, der die Gewohnheit hatte, immer eine Stecknadel im Mund zu haben, mit der er das Kind einmal verletzte. Schick.

S. Samelson, Über mangelnde Gewichtszunahme bei jungen Brustkindern. (Ebenda. 10. H. 1 1914. S. 19.) Gelegentlich der genauen Beobachtung eines am 2. Lebenstage in die Straßburger Klinik aufgenommenen Kindes, das 3 Monate mit Frauenmilch ernährt worden war, aber während der ersten 5 Wochen trotz ausreichender Kalorien- und Wasserzufuhr unter Zufütterung von mit Saccharin gesüßtem Tee nicht zur Gewichtszunahme zu bringen war, dann aber bei der Nahrungsmenge zunahm, erörtert Verf. unter Be-

rücksichtigung der in der Literatur beschriebenen Fälle die dabei in Betracht kommenden Möglichkeiten. Es bleibt nichts anderes übrig als anzunehmen, daß bei dem vorliegenden Kinde eine besondere Störung des inneren Stoffwechsels vorgelegen hat, ohne daß der innere Mechanismus dieser Störung angegeben werden kann. Vielleicht liegt die Störung im Fettstoffwechsel. Schick.

J. v. Bókay, Über die Heilungsmöglichkeit der Meningitis tuberculosa. (J. f. K. 30. S. 133ff.) Auf Grund zahlreicher Mitteilungen in der Literatur sowie eigener Beobachtungen hält Verf. die Möglichkeit einer Rückbildung oder Heilung der tuberkulösen Meningitis für gegeben. Heilungsfähig sind Exsudate von geringer Intensität, Infektionen geringer Virulenz, tuberkulöse sero-fibrinöse Meningitis ohne tuberkulöse Eruptionen, ferner die in einfacher Hyperämie sich äußernden „Meningites diffuses congestives" der französischen Kliniker. Die Heilungen bzw. regressiven Metamorphosen können von jahre- oder selbst jahrzehntelanger Dauer sein. Nicht heilungsfähig sind tuberkulöse Meningitis im Alter unter 2 Jahren, ferner mit Miliartuberkulose kombinierte Fälle. Therapeutisch nutzbringend wirkt die systematisch geübte Quinckesche Punktion. Husler (München).

S. Wolff und **W. Lehmann,** Über Pneumokokkenmeningitis und ihre Behandlung mit Optochin. (Ebenda. 30. S. 188ff.) Die Pneumokokkenmeningitis gilt allgemein als prognostisch infaust; gewisse Aussicht auf Heilung haben nur protrahiert verlaufende Fälle. Verf. behandelte 2 solche mit Optochin (= Äthylhydrokuprein, „Vereinigte Chininfabr. Zimmer & Co., Frankfurt a. M.). Das erste Kind bekam täglich 3mal 0,25 p. os. Ging zugrunde. Das zweite (Säugling) täglich 0,03 intralumbal oder 0,06—0,15 subkutan und schließlich intraventrikulär. Heilte. Verf. empfiehlt Optochin zur Nachprüfung. Husler (München).

E. Klose, Zur Kenntnis der Körperzusammensetzung bei Ernährungsstörungen. (Ebenda. 30. S. 154ff.) Durch Einzelanalysen der verschiedenen Organsysteme suchte Verf. die Veränderung der Körperzusammensetzung bei Ernährungsstörungen zu ermitteln. Die Analysen wurden ermittelt einmal an einem normalen Neugeborenen, dann an einem 4 Wochen alten Ödemkind mit Mehlnährschaden. Dabei ergab sich, daß die Theorie von der Konstanz der relativen Zusammensetzung des Körpers bei Ernährungsstörungen in letzterem Falle nicht zutraf. Die Haut hat beim Neugeborenen einen viel stärkeren Anteil am Körperaufbau als beim Erwachsenen. Der Anteil der Muskulatur ist dagegen geringer. Die Haut stellt, besonders unter pathologischen Verhältnissen, das größte Wasserdepot des Körpers dar. Die Verhältnisse der pathologischen Wasserbindung beim Säugling sind sehr kompliziert. Jedenfalls konnten keine einfachen und eindeutigen Beziehungen zwischen Wasserbindung und NaCl-Anreicherung gefunden werden. Die Wasserbindung bei Ernährungsstörung ist nicht gleichzustellen der bei nephritischen Ödemen. Husler (München).

K. Stolte, Betrachtungen und Erfahrungen über eine weniger schematische Behandlung von Säuglingen im

Krankenhause. (Ebenda. 30. S. 210ff.) Ausgehend von der Vorstellung, daß zu einem guten Gedeihen des Säuglings eine Summe von Kleinigkeiten nötig sind, die für gewöhnlich nur im Privathaus gegeben sind, nicht aber im System der Klinik, hat der Verf. experimentell in der Anstalt das Privathäusliche bei der Aufzucht zu imitieren versucht. Einzelnen Pflegerinnen wurde jeweils das Kind sozusagen in mütterliche Obhut gegeben. Die zeitliche, qualitative und quantitative Gestaltung der Ernährung wurde mehr oder minder von den Wünschen des Kindes selbst bestimmt. Die Erfolge dieser freien Selbstbestimmung war überraschend. Gedeihen und Zunahme der Kinder ließ nichts zu wünschen übrig. Bei gleicher allgemeiner Aufwendung ist es daher nicht die gut berechnete schematische Behandlung, die den vollen Erfolg garantiert, sondern eine hingebende, individuelle „natürliche“ Pflege (Pfaundler). Husler (München).

M. Soldin, Großer Fontanellknochen der vorderen Fontanelle bei einem Säugling. (Ebenda. 30. S. 286ff.) Verf. beobachtete bei einem Säugling im 1. Monat einen akzessorischen, überzähligen Knochen in der großen Fontanelle. Derselbe ließ sich intra vitam leicht palpatorisch und radiographisch feststellen. Solche Gebilde haben weder für die Entwicklung des Schädels, noch für die des Gehirns eine Bedeutung. Husler (München).

K. Alber, Zur Behandlung der Diphtherie mittels intravenöser Seruminjektion. (Ebenda. 30. S. 312ff.) Über 50 Fälle von intravenöser Heilseruminjektion während der Bremer Diphtherieepidemie 1913. Injiziert wurden bei Kindern bis zu 5000, bei Erwachsenen bis zu 8000 I.-E. Ort der Injektion: Kubitalvene, bei kleineren Kindern und Säuglingen eventuell Temporalvene. Nur bei einem intravenös Injizierten kam es zu Serumkrankheit und Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens. Obwohl nur schwere Fälle intravenös behandelt wurden, war die Mortalität sehr gering. Erweichung und Abstoßung der Beläge und Entfieberung erfolgt rascher. Die Temperaturkurve stellt eine jäh abstürzende Linie dar, die schon am 1. bis 2. Tag die Norm erreicht. Auch die Pulskurve fällt rascher als bei intramuskulärer Applikationsweise. Pulsverschlechterung wurde nie beobachtet. Häufig trat nach der raschen Entfieberung eine Apathie ein. Es kommt der intravenösen Injektion eine raschere und zuverlässigere Heilwirkung als der intramuskulären zu.

Husler (München).

Z. v. Bókay, Ein Fall von persistierendem Truncus arteriosus communis bei einem 6 Monate alten Säugling. (Ebenda. 30. S. 327.) Es handelt sich um eine der schwersten Formen von angeborenem Herzfehler, nämlich um das Fehlen der Scheidewand zwischen Aorta und Art. pulmon., also um Gemeinschaftlichkeit der Schlagadern durch Persistenz eines ganzen Truncus, nicht um Fehlen einer Schlagader. Das klinische Bild ist das schwerer kongenitaler Herzfehler: extreme Zyanose, zurückgebliebene körperliche Entwicklung, aufgetriebene Endphalangen, Verbreiterung der Herzdämpfung und des Herzschattens. Auskultation: an Stelle des ersten Tones lautes systolisches Geräusch, der zweite Ton über allen

Ostien klappend. In dem vom Verf. beschriebenen Falle fehlen einzelne dieser Züge. Durch abnorm stark entwickelten Duct. Botalli war die Blutzirkulation relativ gut, daher die verhältnismäßig lange Lebensdauer von 6 Monaten. Husler (München).

E. Adler, Die Leukämie der Säuglinge. (Ebenda. 30. S. 290.) Eingehende Beschreibung eines Falles von lymphoider Leukämie bei einem $5^1/_2$ Monate alten Säugling. Leukämie im 1. Lebensjahr war bis jetzt nur in wenigen Mitteilungen bekannt. Der Symptomenkomplex ist im großen und ganzen derselbe wie beim Erwachsenen: Milztumor, Leber- und Drüsenschwellungen, hämorrhagische Diathese, Blutbefund. Differentialdiagnostisch spielt neben Sepsis und Pseudoleukämie beim Säugling noch besonders die kongenitale Lues eine Rolle, ferner die Jacksch-Hayemsche Anämie. Es kommen sowohl akute wie chronische Formen vor, und zwar lymphoide und myeloide. Die Dauer der akuten ist in der Regel einige Wochen, die der chronischen 4—5 Monate. Prognose also infaust. Husler (München).

F. Karl, Magenkarzinom bei einem 9jährigen Jungen. (D. m. W. 1915 Nr. 13.) Bei der Operation in der Chirurgischen Universitätsklinik Berlin wurde am Pylorus ein kindsfaustgroßer Tumor gefunden. Die Operation wurde sehr gut überstanden, und rasch änderte sich das Aussehen des Kindes; es aß mit großem Appetit und nahm tüchtig an Gewicht zu: nach 3 Wochen um 18 Pfund, 4 Wochen darauf um 10 Pfund. Grätzer.

R. Koch (Frankfurt a. M.), Gibt es eine erfolgreiche Scharlachbehandlung? (Ebenda.) In der Medizinischen Klinik wurden vom 1. April 1912 bis 31. März 1913 263 Scharlachkranke aufgenommen. Von diesen starben 3 = 1,1%. Die 28 schwersten Fälle wurden mit Rekonvaleszentenserum (100 ccm Serum, das Scharlachkranken etwa aus der dritten Woche entstammte, intravenös verabreicht) behandelt, 12 etwas leichtere Fälle mit normalem Menschenserum. Von den 28 mit Rekonvaleszentenserum behandelten Kranken starb nur einer, der agonal zur Aufnahme kam, eine Stunde nach der Infusion, ehe die Serumwirkung sich entwicklen konnte; von den 12 mit Normalserum behandelten auch einer. Ein unbehandelter septischer Fall erlag einer Pneumonie.

Gerade gegen die Gefahren des Frühstadiums besitzt man im Rekonvaleszentenserum eine fast absolut sichere Waffe. Die Frage nach den Einwirkungen auf die Komplikationen ist schwieriger zu entscheiden und mag erst dann aufgegriffen werden, wenn die Überzeugung von der Einwirkung auf das Frühstadium Allgemeingut der Ärzte geworden ist. Diese Einwirkung ist so deutlich, daß man ihr kaum die eines anderen nichtchirurgischen Mittels auf irgendeine schwere Krankheit, nicht einmal die des Diphtherie-Antitoxins auf die Diphtherie, an die Seite stellen kann. Ebenso ist die Frage, inwieweit das Rekonvaleszentenserum in seiner Wirkung der des normalen Menschenserums gleicht, vorläufig nur von theoretischem, nicht aber von praktischem Interesse. Da die Analyse des zurzeit vorliegenden Materials gezeigt hat, daß Rekonvaleszentenserum qualitativ

ähnlich, quantitativ aber stärker wirkt, ist der gegebene Weg, sich zunächst an allerschwersten Fällen von der Wirkung des Rekonvaleszentenserums zu überzeugen und dann zu prüfen, inwieweit das schwerer zu beschaffende Rekonvaleszentenserum durch das leichter zu beschaffende normale Menschenserum ersetzt werden kann.

Da aber bisher, ebensosehr wie die Indifferenz, die Anwendung einer ungeeigneten Methodik den Allgemeinerfolg des segenspendenden Mittels verhindert hat, muß darauf hingewiesen werden, daß nur die genaue Einhaltung der von E. Reiss und P. Jungmann ausgearbeiteten Vorschriften über die Bereitung und Anwendung des Serums den Erfolg verbürgt. Weissbecker hat schon 1897 bei Typhus, Scharlach, Pneumonie Rekonvaleszentenserum angewendet. Aber seine subkutanen Injektionen mit geringen Mengen konnten ebensowenig wie die Methoden späterer Autoren unverkennbare Beeinflussungen des Scharlachs hervorrufen. Es ist notwendig, große Serummengen zu nehmen, bei ganz kleinen Kindern 50 ccm, sonst mindestens 100 ccm. Da wir keine Methode haben, den Antitoxingehalt des Serums zu bestimmen, geht man wahrscheinlich sicherer, wenn man Sera, die von mehreren Rekonvaleszenten stammen, mischt. Das Serum muß streng auf Sterilität geprüft, mit 0,5% einer 4%igen Karbolsäure versetzt, in Ampullen eingeschmolzen und durch mehrtägiges Ablagern inaktiviert werden. Es wird intravenös infundiert. In den Glastrichter legt man ein (natürlich steriles) Papierfilter, damit nicht Gerinnsel in die Blutbahn geraten. Auf einer größeren Scharlachabteilung stößt man nicht auf Schwierigkeiten, stets eine genügende Menge Serum vorrätig zu halten.

Einwandfrei ist nur die Einwirkung auf schwer toxischen, unkomplizierten Scharlach in den ersten zwei oder drei Krankheitstagen. Wer komplizierte Fälle mit 10—20 ccm Rekonvaleszentenserum subkutan spritzt, wird keinen vollen Erfolg erleben. Grätzer.

Max Soldin und **Fritz Lesser,** Zur Kenntnis der kongenitalen Syphilis der Säuglinge. (Aus dem Säuglingsheim des Vaterländischen Frauenvereins in Berlin-Wilmersdorf und dem Laboratorium der vorm. Lassarschen Klinik in Berlin.) (Ebenda.) Im folgenden wollen Verff. Krankheitsfälle mit einem klinischen Symptomenkomplex aufführen, deren jeder für sich kaum mehr als einen geringen Verdacht auf kongenitale Syphilis rechtfertigen könnte. Dazu kommt noch, daß nicht einmal die serologische Untersuchung dieser Säuglinge positiv ausfiel, um die Diagnose Syphilis zu sichern. Bei allen Kindern wurden die Verdachtsmomente auf Syphilis nur als Nebenbefund bei der Untersuchung erhoben, da die Kinder lediglich wegen einer mehr oder weniger schweren Ernährungsstörung in das Säuglingsheim eingeliefert worden waren.

Keines der gleich näher zu skizzierenden Symptome hätte, wenn es mit größerer Intensität klinisch in Erscheinung getreten wäre, einen Zweifel an dem Bestehen der kongenitalen Lues aufkommen lassen; das Wesentliche in diesen Fällen besteht eben darin, daß die Verdachtssymptome in so abgeschwächtem Grade sich zeigten, daß sie leicht zu übersehen waren oder bestenfalls das gutgekannte Bild der kongenitalen Syphilis gewissermaßen stark verschleiert darboten.

Das für die kongenitale Lues so charakteristische Schniefen der Säuglinge war vielfach nur zu hören, wenn man den Kopf bei aneinander gepreßten Kiefern stark rückwärts flektierte. An Stelle der so typischen Papelbildung an den Fußsohlen — um von dem Pemphigus gar nicht zu sprechen — fanden sich oft nur ganz vereinzelte rosa bis rote, ganz diskret ausgebildete Flecke, die dem palpierenden Finger keineswegs als Infiltrat imponieren konnten und manchmal auch nur vorübergehend zu konstatieren waren. An den Handflächen haben Verff. niemals solche Flecke beobachten können.

Kubitaldrüsenschwellungen, die im Gegensatz zu anderen Drüsenschwellungen noch am ehesten zur Diagnose Lues in Beziehung zu bringen sind, gingen nicht über Reiskorngröße hinaus und waren oft nur einseitig vorhanden.

Milz- und Leberschwellungen traten nur ganz unbedeutend, oft nur vorübergehend auf.

Das für Lues charakteristische schmutzig-graue Hautkolorit möchten Verff. deswegen nur mit Vorsicht erwähnen, weil es ebenso gut auf die schwere Ernährungsstörung ursächlich zurückgeführt werden konnte. Alle erwähnten Symptome waren nicht in jedem einzelnen Falle sämtlich nachweisbar, oft auch schwand das eine oder andere Symptom ohne antisyphilitische Behandlung, besonders mit der Besserung des Ernährungszustandes. Es schien daher um so gewagter, bei einem so geringfügigen klinischen Befunde das Vorhandensein einer so schweren Erkrankung, wie die der kongenitalen Lues, anzunehmen, als die Wa.-R. negativ ausfiel, selbst wenn sie in größeren Intervallen wiederholt wurde. Erst die serologische Untersuchung der Mutter ergab konstant einen positiven Ausfall der W.-R. und sicherte somit erst den Zusammenhang der geringfügigen klinischen Erscheinungen mit kongenital erworbener Syphilis.

Nachdem man feststellen konnte, daß die W.-R. bei den Müttern der Säuglinge durchweg positiv ausfiel, müssen die geschilderten vagen und unklaren Symptome der Kinder in irgendeinem Zusammenhang mit der Syphilis stehen, wobei es noch unentschieden bleiben soll, ob die Säuglinge wirklich als syphilitisch, d. h. als Spirochätenträger, anzunehmen sind. A priori ist der Einwand nicht abzulehnen, daß irgendwelche toxischen Stoffe von der syphilitischen Mutter auf den Fötus übergegangen sein können und die erwähnten klinischen Erscheinungen ausgelöst haben. Endgültige Klarheit kann wohl nur durch den noch ausstehenden Obduktionsbefund und den Nachweis von Spirochäten in den Organen solcher Kinder erbracht werden.

Am wahrscheinlichsten ist folgende Erklärung: Es sind während des intrauterinen Lebens zunächst immunisierende Substanzen von der syphilitischen Mutter auf die Frucht übergegangen, welche der Entwicklung und Fortpflanzung später übergehender vereinzelter Spirochäten hemmend im Wege standen und damit das klinische Krankheitsbild der Syphilis stark abschwächten. Dementsprechend ist auch die Reaginbildung nur sehr spärlich und darauf der negative Ausfall der Wa.-R. zurückzuführen.

Verff. müssen zugeben, daß auch bei positivem Ausfall der Wa.-R. die angeborene Lues der Säuglinge klinisch sehr diskret, ja sogar

jahrelang latent verlaufen kann, um sich später durch schwere Organveränderungen, z. B. Keratitis parenchymatosa, juvenile Tabes usw., als erstes und einziges klinisches Symptom der angeborenen Syphilis zu dokumentieren.

Systematische Untersuchungen von Familien, in denen die ererbte Syphilis eine Rolle spielt, haben ergeben, daß in der Hälfte der Fälle die angeborene Syphilis in den ersten Jahren latent verläuft. Wenn der Einwand von Finkelstein und anderen richtig ist, daß die klinischen Symptome in den ersten Lebensmonaten nur übersehen worden sind, weil sie vielleicht nur in geringem Grade ausgeprägt waren, so würden sich diese Fälle mit den oben erwähnten decken, wobei es unentschieden bleibt, ob die Wa.-R. in solchen Fällen in den ersten Lebensmonaten positiv oder negativ ausgefallen wäre. Bezüglich dieser Fälle läßt sich eine Entscheidung darüber nicht fällen, wie sich ihr späterer Verlauf während des Lebens gestalten wird, d. h. ob sie nach Jahren noch zu schweren syphilitischen Organveränderungen mit positiver Wa.-R. führen werden.

Diese Säuglinge müssen Verff. trotz der negativen Wa.-R. als syphilitisch ansprechen und die negative Reaktion in gewissem Sinne als Versager der Wa.-R. gelten lassen, wenn auch nicht in dem bisher üblichen Sinne; denn man versteht unter Versager der Wa.-R. nur solche Fälle, in denen beim Vorhandensein typischer syphilitischer Erscheinungen die Wa.-R. negativ ausfällt.

Für den Praktiker ergibt sich jedenfalls nach dieser Mitteilung die strikte Forderung, bei dem leisesten Verdacht auf kongenitale Lues nicht mit dem negativen Ausfall der Wa.-R. beim Kinde sich zu begnügen, sondern auch noch das Blut der Mutter serologisch zu prüfen. Grätzer.

R. Tölken, Die Ekehornsche Operation des Mastdarmvorfalls bei Kindern. (Aus dem Krankenstift Zwickau i. S.) (Ebenda. 1915 Nr. 15.) Ekehorns Technik ist folgende: In Narkose wird der Vorfall reponiert und der Darm hinaufgeschoben. Während der linke Zeigefinger im Rektum bleibt, wird außen neben dem unteren Teile des Kreuzbeins eine armierte gestielte Nadel eingestochen, bis in den Darm hinein, gegen den linken Zeigefinger, und zum After herausgeführt. Ein starker Seidenfaden wird eingefädelt und durch Zurückziehen der Nadel nach außen durchgeführt. Dasselbe wird auf der anderen Seite wiederholt mit dem anderen Ende des Fadens. Jetzt liegt also die Schlinge des Fadens im Darm, die beiden Enden werden angezogen und miteinander quer über dem Kreuzbein verknüpft. Ein Verband ist kaum nötig, die Kinder dürfen wieder essen und zu Stuhl gehen, auch aufstehen. Nach etwa 14 Tagen wird die Naht entfernt. Bei 4 Kindern von 2—$4^1/_2$ Jahren trat dauernde Heilung ein (die ersten beiden Fälle waren schon 1901, also 8 Jahre vor der Publikation der Methode operiert).

Das Verfahren stellt also eine Rektopexie dar, bei der mittels einer einzigen Naht, perkutan, der Darm am Kreuzbein aufgehängt bzw. befestigt wird. Von den anderen Rektopexien, z. B. der Königschen, unterscheidet es sich dadurch, daß bis auf die zwei Einstich-



punkte keine Wunde gesetzt wird und daß die ganze Darmwand mitsamt der Schleimhaut, nicht bloß Serosa und Muscularis, fixiert wird.

Verf. hat statt des Seidenfadens eine gewöhnliche Drahtnaht genommen, die zweckmäßig über einer Bleiplatte geknüpft oder mit Bleikugeln befestigt wird, ist auch anstatt der gestielten mit einer gewöhnlichen Nadel zum Ziele gekommen, die bald von innen, bald von außen durchgeführt wurde. Die Technik ist also die denkbar einfachste: das Anlegen der Ekehornschen Naht ist entschieden noch leichter als das Einführen des Thierschschen Ringes. Von allen operativen Methoden stellt sie ferner den geringsten Eingriff dar, was von Bedeutung ist, da es sich doch um kleine Kinder handelt, die noch dazu oft durch Darmkatarrhe und Krankheiten (Keuchhusten) geschwächt sind. Allerdings ist ebenso wie für den Thierschschen Ring tiefe Narkose nötig; das Kind muß still liegen und darf nicht mehr pressen; dann ist die Naht in wenigen Minuten gelegt. Es ist nun ganz erstaunlich zu sehen, wie der Prolaps, der vorher ständig vorlag oder doch bei jedem Schreien heraustrat, trotz des meist sehr heftigen Schreiens und Pressens der Kinder beim Erwachen aus der Narkose reponiert bleibt und nach Anlegen der Naht nicht wieder austritt, obwohl der überdehnte Sphincter ani zunächst noch erschlafft bleibt. Im Verlauf der nächsten Tage zieht er sich meist rasch zusammen. Eine Nachbehandlung erübrigt sich ganz; zum Schutz der Naht hat Verf. einfach eine Kompresse übergelegt. Opium ist unnötig. Stuhlgang und Ernährung können ungehindert wie gewöhnlich vor sich gehen. In mehreren Fällen war auch nicht die Spur einer Reaktion zu bemerken; im Gegenteil, die oft heruntergekommenen Kinder tranken oder aßen meist viel besser als vorher und begannen sich nach der Operation auffallend rasch zu erholen. In den meisten Fällen trat dagegen eine deutliche Fieberreaktion ein, die meist am zweiten oder dritten Tage ihren Höhepunkt erreichte (38—39,2° rektal gemessen) und am sechsten bis siebenten Tage stets abgeklungen war, ohne jemals zu einer Abszeßbildung oder gar Phlegmone geführt zu haben. Die Naht wurde einmal wegen fortbestehenden Fiebers am fünften, sonst am siebenten bis zehnten Tage entfernt, aus den Stichkanälen entleert sich dabei häufig ein Tropfen eitrigen Sekrets, trotzdem waren die kleinen Wunden nach wenigen Tagen abgeheilt. Nur einmal sah Verf. durch den Druck des Drahtes einen Hautdecubitus, der längere Zeit bis zur Ausheilung bedurfte; es bestanden hier Ekzem und Furunkel in der Umgebung der Wunde, am Gesäß; durch Bleiplatten läßt sich dieses Mißgeschick vermeiden.

Der Erfolg dieser kleinen, für Kinder sehr schonenden Operation war nun in allen Fällen vorzüglich, sowohl unmittelbar wie auf die Dauer, was sich bei den neuerlichen Nachforschungen ergab: vom Moment der Operation ab ist bei allen Kindern der Prolaps nie wieder ausgetreten.

Da Verf. zunächst selbstverständlich bei Kindern immer die konservativen Methoden anwendet (Reposition, Suspension des Beckens, Heftpflasterverband), die in einem Teil der Fälle schon zum Ziele führen, und nur beim Versagen derselben oder wo sie unangebracht erscheinen, operativ vorgegangen ist, sind die Zahlen, die dieser Aus-

führung zugrunde liegen, nicht groß. Verf. hat im ganzen 9 Kinder im Alter von $^1/_2$ bis 4 Jahren nach dem Ekehornschen Verfahren operiert, von denen 7 weiter verfolgt werden konnten.

Einmal handelte es sich um ein höchst elendes, 15 Wochen altes, pädatrophisches Kind, das am Abend vor der Operaticn 39,2° gemessen hat. Es starb am Tage nach der Operation an allgemeiner Schwäche. Jedenfalls hat die Narkose mit dazu beigetragen, und es war ein Fehler in der Indikationsstellung, das Kind überhaupt zu operieren. Aber mit der Methode hat der Todesfall nichts zu tun, denn die Sektion ergab von einer Infektion durch die Naht gar nichts, war auch sonst völlig negativ; das Kind wäre eben wahrscheinlich auch ohne jede Operation gestorben. Ein weiterer Fall verlief bis zum 14. Tage der Entlassung ohne Störung, konnte aber später nicht wieder aufgefunden werden.

In den übrigen 7 Fällen ist man wohl berechtigt, von Dauerheilung zu sprechen: bei 2 Kindern liegt die Operation 4 Jahre zurück, je einmal $3^1/_2$, 2 und 1 Jahr. Die letzten beiden Fälle sind allerdings erst $^1/_4$ Jahr her; doch berechtigt die ausgezeichnete Erholung dieser Kinder seit der Operation zu der Annahme, daß auch hier Dauerresultate vorliegen. Ein einziges Mal gaben die Eltern an, daß bei einem Kinde etwa $1^1/_2$ Jahr nach der Operation bei einer hartnäckigen Verstopfung beim Stuhlgang die Schleimhaut wieder etwas ausgetreten sei, um aber sofort wieder zurückzuschlüpfen und seither nie wieder auszutreten. Sonst sind alle Kinder seit der Operation völlig geheilt.

Rechnet man zu diesen 7 bzw. 8 verwertbaren Fällen die 4 Ekehorns und 2 von Hohmeier publizierten hinzu, so ergeben sich aus der Literatur bisher 14 nach Ekehorn operierte und geheilte Fälle, denen bisher kein Rezidiv oder irgendeine Störung infolge der Operation gegenüberstehen. Der Erfolg spricht also für diese höchst einfache Methode. Grätzer.

J. W. M. Indemans (Maastricht), Hypertrophia congenita glandularum salivarium cum lymphomate colli congenito. (B. kl. W. 1915 Nr. 12.)

Am 9. Juni 1911 wurde Verf. von einer Hebamme zu einer gesunden Wöchnerin gerufen, die eben ganz normal zum drittenmal von einem Mädchen entbunden war, das, zum großen Erstaunen der Geburtshelfer, eine große Geschwulst unter dem Unterkiefer zu beiden Seiten und auf dem oberen Teil der rechten Brusthälfte hatte, infolgedessen es den Kopf rückwärts gebogen hielt. Bei der Geburt hatte dies jedoch keine Beschwerden verursacht, da das Kind in Hinterkopfslage geboren war, so daß die Beweglichkeit des Kopfes von hinten nach vorn durch diesen krankhaften Zustand nicht in dem Maße gehindert wurde, daß in dem normalen Stande des Kopfes eine Änderung nötig war.

Bei näherer Untersuchung stellte sich heraus, daß es ein kräftig gebautes Kind war, das im übrigen keine Abweichung an irgendeinem Organ zeigte. Den Kopf jedoch hielt es immer rückwärts gebogen. An beiden Seiten hatte es unter dem Unterkiefer, besonders an der linken Seite unter dem Kinn, an beiden Seiten vor den Ohren und unter und über dem Schlüsselbein rechts große Geschwülste. Die ersteren fühlten sich weich und höckerig an, und beim Betasten konnte man sofort daraus die kleinen Drüsenpakete der Speicheldrüsen erkennen. Sie waren völlig schmerzlos und sehr beweglich. Besonders die Geschwülste unter dem Unterkiefer traten stark hervor und erreichten sogar die Größe einer halben Faust. Die Geschwulst über und unter dem Schlüsselbein hingegen machte, wenn das Kind ruhig war, den Eindruck eines schlaff gefüllten Sackes; schrie jedoch das Kind, dann wurde der Sack schnell straff gespannt, wie die Abbildung angibt, und zeigte dann, neben deutlicher Fluktuation, vier höckerige Stellen. Diese Geschwulst reichte bis 3 cm über die rechte Brustwarze und nach rechts bis in die vorderste Achsellinie. Sie bedeckte das Schlüsselbein rechts, den größten Teil

des M. pectoralis major, reichte links bis über den Anfang des sternalen Teils des linken Schlüsselbeins und bedeckte das Manubrium sterni vollständig. Auch waren die Drüsengeschwülste unter dem Unterkiefer stärker gespannt und gleichfalls mit einer flüssigen Lage umgeben.

Auf Grund von all dem meint Verf. mit völliger Sicherheit die Diagnose von Hypertrophie der Speicheldrüsen stellen zu können, und zwar der Glandulae submaxill., sublinguales und parotides, gepaart mit einer zystösen Lymphgeschwulst am Halse (Lympho-kystoma colli congenitum).

Auf den ersten Blick hatte man den Eindruck, als ob das Kind zugleich an einer angeborenen Hypertrophie der Zunge leide. Dies erwies sich jedoch als nicht ganz richtig. Zwar waren die verschiedenen Papillen (fungiformes, circumvallatae) und besonders die Balgdrüsen sehr deutlich und zeigten Neigung zur Hypertrophie; das Muskelgewebe hatte jedoch seine normale Entwicklung durch den hypertrophischen Drüsenteil, aber die hintere Hälfte der Zunge war vergrößert, während zugleich durch die vergrößerte Drüse der Mundbasis (Gl. submaxillares und sublinguales) die ganze Zunge aufgehoben wurde, so daß das Kind sie stets in der halbgeöffneten Mundspalte hielt und sogar am Atmen gehindert wurde. Dieses war stertorös, und beim Zappeln und Schreien entstand sofort eine ziemlich heftige Zyanose des Gesichts.

Auf die weitere Entwicklung der Kleinen hatte dieser krankhafte Zustand anfänglich wenig Einfluß. Sie wuchs in den ersten Wochen ganz regelmäßig, obschon das stertoröse Atmen und die starke Zyanose sowohl die Mutter als auch Verf. selbst oft beängstigten. Schluckbeschwerden bestanden nicht. Das Kind war meistens ruhig und zufrieden, bis anfangs August ein akuter Darm- und Magenkatarrh dem Leben ein Ende machte.

Die Anwesenheit des Kystoma colli weist darauf, daß die Neigung zur Hypertrophie auch im lymphatischen Gewebe bestand, was uns bei einer Hypertrophie der Speicheldrüsen, wobei das Lymphdrüsengewebe und besonders die Lymphspalten eine so große Rolle spielen, nicht verwundern kann. Die Lymphbahnen der Speicheldrüsen entwickeln sich ja aus Räumen, welche die Acini umgeben. Diese Lymphräume trennen die Acini von den Blutkapillaren. Das interazinöse System dieser Lymphspalten steht wieder in Verbindung mit größeren spaltförmigen Lymphräumen, die zwischen den Drüsenkanälchen liegen, aus denen sich wieder größere Lymphbahnen entwickeln, die teilweise die Ausfuhrgänge der Speicheldrüsen umgeben, teilweise perivaskuläre Hohlräume bilden. Diese liegen wie Scheiden um die Adern und gehen wieder mit anderen größeren Lymphwegen in die des Hilus über. Daß also bei einem hypertrophischen Zustande der Speicheldrüsen diese Lymphwege auch hypertrophisch werden und schließlich mit der hypertrophischen Entartung der Speicheldrüsenzysten entarten können, ist leicht erklärbar. Grätzer.

K. John, Zur Frage der Bromtherapie. (Aus der Kgl. Univ.-Klinik f. Gemüts- und Nervenkrankheiten Tübingen.) (M. m. W. 1914 Nr. 43.) Verf. berichtet von recht günstigen Erfolgen, die er bei Epilepsie mit Sasedanwürze (Dr. Haas & Co., Stuttgart-Cannstatt) erzielt hat, mit der es der Fabrik gelungen ist, ein Brom zu finden, das, der salzlosen Suppe beigefügt, diese schmackhaft macht, daneben aber seinen Aggregatzustand nicht verändert und ohne große Schwierigkeit genauer dosierbar ist. Die Würze besteht aus konzentriertem, künstlichem, gemeines Albumin und Fleischalbumosen in beträchtlicher Menge enthaltendem Fleischsaft. 5 ccm Würze entsprechen 1 g Brom neben 0,15 g Chlornatrium. Grätzer.

P. Rohmer, Zur Kenntnis des Asthma cardiale beim Kinde. (Aus der med. Univ.-Klinik Marburg.) (Ebenda.) Die Beobachtung zeigt, daß typisches Asthma cardiale auch beim Kinde vorkommt. Es handelte sich bei dem 6jährigen Mädchen um eine bei einem dekompensierten Herzfehler, der durch die Behandlung kompensiert worden war, plötzlich und ohne Vorboten einsetzende schwere Dyspnoe, welche bei zunächst negativem sonstigen Befunde mehrere Tage anhielt und schließlich unter Lungenödem zum Tode führte. Grätzer.

Herm. Schridde, Der angeborene Status thymo-lymphaticus. (Aus dem Pathologischen Institute der Städtischen Krankenanstalten in Dortmund.) (Ebenda. 1914 Nr. 44.) Verf. gibt die Obduktionsbefunde von 3 Totgeborenen. Wenn man diese Befunde, die auffällige Größe der fettreichen, pastösen Kinder, den weit über die äußersten Grenzen vergrößerten Thymus mit seiner Markhyperplasie, die starke Entwicklung der sonst im uterinen Leben makroskopisch überhaupt nicht erkennbaren Lymphknötchen der Milz und des Darmes, übersieht und sie mit den Feststellungen bei Erwachsenen mit Status thymo-lymphaticus vergleicht, so ist wohl kein Zweifel vorhanden, daß diese Bilder sich völlig gleichen. Es handelt sich auch hier um einen echten Status thymo-lymphaticus, und zwar um einen angeborenen.

Der eine Fall war noch dadurch besonders bemerkenswert, daß das Kind von einer Mutter stammte, die ebenfalls ausgesprochenen Status thymo-lymphaticus aufwies. Also ein autoptisch erwiesener Fall von Heredität. Grätzer.

W. Usener, Indikationen für die subkutane Magnesiumsulfatbehandlung des Tetanus traumaticus. (Aus der Univ.-Kinderklinik zu Göttingen.) (Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1914 Nr. 48.) Zusammenfassend ist zu sagen:

1. Für die Indikationsstellung: Das Magnesiumsulfat ist, subkutan verwendet, ein ausgezeichnetes, die tetanische Übererregbarkeit und die Krämpfe herabsetzendes Mittel. Als solches ist es besonders berufen zur Bekämpfung der lebensgefährlichen Schluck- und Atemspasmen, zur Überwindung der Konsumptionsgefahr und der Asphyxie und zur Herabsetzung der Zahl und Intensität der Krämpfe. Als symptomatisches Mittel rechtfertigt es nur unter besonders günstig gestalteten klinischen Verhältnissen die sehr gefährliche intralumbale Applikation, deren Wirkungsdauer eine ebenfalls beschränkte ist.

2. Für die Anwendungsmethode: Die Anwendung erfolgt beim Kinde in 20—25%iger, beim Erwachsenen in 40—50%iger Lösung. Die Injektionen müssen suprafaszial gemacht werden, am besten so, daß mit einer mit Kochsalzlösung beschickten Kanüle auf die Faszie eingegangen wird, nach Probeinjektion die Spritze gewechselt, Magnesium eingespritzt und endlich unter Nachspritzen mit Kochsalzlösung aus der ersten Spritze zurückgezogen wird. Die Einzeldosis beträgt 0,15—0,18—0,2 pro 1 kg Körpergewicht. Bei leichten Fällen können schon einzelne Injektionen nützen. Für die schweren Fälle und für die volle Wirkungsentfaltung des Magnesium-

sulfats sind aber 3—4 kumulierende, in 2stündlichem Intervall gegebene Dosen erforderlich; zur Erhaltung der erreichten Wirkung genügen dann noch einige gleiche Dosen in 3stündlichem Intervall. Am folgenden Tage muß die gleiche Behandlungsmethode angewandt werden. Man sollte mit der Behandlung beginnen, sobald irgend schwerere Symptome auftreten. Durch Darreichung von Narkoticis, besonders für die Nacht, kann die Behandlung wirksam ergänzt werden. Grätzer.

Max Herz (Sydney), Wachstumsstörung und Deformität. (M. m. W. 1914 Nr. 52.)

Ein 15 Jahre alter Junge stellte eines Tages fest, daß seine linke Hand schief zum Vorderarme stand. Ein paar Monate vorher hatten ihn liebe Freunde bereits damit geneckt. Seine eigene Beobachtung mußte nun ihren scharfen Augen Recht geben. Die Unruhe über diese Entdeckung führte ihn zur ärztlichen Untersuchung, die den folgenden Befund erhob: Der junge Mann war überaus kräftig, gut und ebenmäßig entwickelt, von blühender Gesundheit und frei von jeglichen Schmerzen und Beschwerden. Man fand nur die deutliche Deformität der linken Hand. Druck, leichte Beschäftigung oder schwere Arbeit verursachen keine Schmerzen. Die Stellung ist die einer Manus valga. An den Vorderarmknochen ist keine Verbiegung oder Krümmung, im Handgelenke keine Luxation oder Subluxation, keine bajonettartige Abknickung. Die Hand steht schief und bildet in der normalen Ebene einen nach dem Radius zu offenen Winkel mit dem Vorderarm, der ganz allmählich sich herausgebildet haben muß, ohne irgendwelche Beschwerden zu machen. Der linke Vorderarm ist 1,5 cm kürzer als der rechte.

Einen einzigen Unfall hatte der Pat. erlitten vor 10 Jahren, als er beim Indianerspiel von einem Schuppen sprang und dabei auf diese Hand fiel. Damals gab es eine Schwellung und leichte Schmerzen für ein paar Tage, die aber eine ärztliche Bemühung nicht nötig machten. Die Röntgenphotographie enthüllte nun die Ursache dieser Mißbildung. Die laterale (radiale) Hälfte der radialen Epiphysenzone ist vorzeitig ossifiziert. Die andere, nicht verknöcherte Hälfte der Diaphyse hat sich zu einem Sporn ausgewachsen. Dadurch ist die sonst noch distal konvexe Begrenzung der Radiusdiaphyse in eine konkave, von medial (ulnar) und distal nach lateral (radial) und proximal geschweifte Kurve verwandelt. Aus der sanft gewölbten Schweifung ist eine treppenartige Figur geworden. Es ist klar, daß diese mediale Zackenbildung die Epiphyse und damit die Hand in die Valgusstellung drängen mußte. Die ulnare Epiphysenlinie, die sonst proximal der radialen steht, ist hier nach distal vorgerückt und steht auf der Höhe der radialen. Die Epiphyse selbst hat ihr normales dreieckiges Bild behalten, nur steht die Spitze jetzt mehr distal als die Basis, während das sonst umgekehrt ist.

Es hat also die Verletzung des Fünfjährigen nicht sogleich zur Ossifizierung geführt; vielmehr ist der Knochen noch eine Zeitlang, jahrelang gewachsen, bis sich nun, um die Zeit des vermehrten Wachstums, die Störung geltend macht. Es ist festgestellt, daß 10 Jahre zwischen Anfang und Erscheinung einer Deformität verstreichen können, daß diese Deformität bedingt ist durch eine Störung der Wachstumszone. Wenn das Experiment, das dieser Fall bietet, das beweist, so wird man die Möglichkeit einer deformen Entwicklung auch nach anderen als traumatischen Störungen der Wachstumszone zugeben müssen. Die Schädigung der Knorpelzellen kann auch andere Ereignisse bedingen als ein Unfall. Die kindliche Rachitis könnte in ihrer leichtesten Form sich auf solchen Schaden von Epiphysenzellen beschränken, ohne sonstwie auffallende klinische Erscheinungen zu machen. Das endliche Resultat dieser Störung ist dann die Deformität, die im Alter des vermehrten Wachstums sichtbar wird; genau wie das im mitgeteilten Falle geschah.

Weiterhin gibt diese Krankengeschichte eine Lehre, wie lange noch nach einer Verletzung der Epiphyse Wachstumsstörungen auftreten können und daß eine Beobachtung und Überwachung einer solchen Verletzung für ein oder zwei Jahre nicht viel beweist.

Grätzer.

Ernst Mayerhofer, Zur Klinik, Diagnose und Therapie des mesenterialen Darmverschlusses im Kindesalter. (Aus der internen Kinderabteilung des k. k. Wilhelminenspitals in Wien.) (M. Kl. 1915 Nr. 23.)

Am 5. März 1915 kam ein 8jähriger Knabe zur Spitalaufnahme mit Beschwerden, die anfänglich als Symptome eines einfachen Magendarmkatarrhs erscheinen konnten. Der Knabe erkrankte am 28. Februar 1915 angeblich unter geringem Fieber mit Kopf- und Bauchschmerzen; erst am nächsten Tage stellte sich Erbrechen ein, das seither heftiger wurde, so daß jede Nahrung, auch Flüssigkeit, erbrochen wurde; trotzdem ist der Appetit gut; der Knabe ist obstipiert, der letzte geformte Stuhl war vor drei Tagen erfolgt. Die Eltern geben auf Befragen an, daß ihr Kind schon vor einem Jahr einen ähnlichen Anfall, vielleicht im Anschluß an eine leichte Verdauungsstörung infolge Genusses gebackener Fische, durchgemacht habe; dieser erste Anfall wurde in einem Spital in sechs Tagen durch Diät geheilt; die Eltern beobachteten, daß ihr Kind während dieser zwei Anfälle besonders Fleisch schlecht vertrage. Während des Bades nach der Spitalaufnahme beobachtete die Pflegeschwester den ersten Schmerzanfall; während desselben sah sie nur ganz kurze Zeit eine Peristaltik des Magens, die sie mit der beim Pylorusspasmus der Säuglinge vergleicht; doch konnte nachher ärztlicherseits niemals mehr eine ähnliche Magenperistaltik beim Patienten konstatiert werden; ein einzigesmal war die Magengegend etwas vorgewölbt, wobei eine perkutorische Abgrenzung des tympanitischen Schalles gegen das Querkolon nicht möglich war; das Abdomen war im Gegenteil meist ausgesprochen teigig weich, eingesunken; bei der Betastung wird konstant ein geringer Druckschmerz rechts und aufwärts vom Nabel angegeben; während der Schmerzanfälle ziehen die Schmerzen von dem angegebenen Druckpunkte weiter nach rechts seitwärts. Die digitale Untersuchung des Rectums ergab vollkommen normale Verhältnisse; es besteht keine Hernie, keine Rectusdiastase; der Nabelring ist geschlossen; Appendixgegend frei.

Während der ersten ärztlichen Untersuchung entstand ein heftiger Kolikanfall mit Schmerzen, die von der Magengegend nach rechts sich hinzogen. Der Knabe wehrte sich gegen diese heftigsten Bauchschmerzen mit eigentümlichen, sehr raschen, im Sitzen pendelnd ausgeführten Bewegungen des Oberkörpers; dabei bestand niemals Fieber, sondern eine Neigung zu Untertemperaturen, so daß aus diesen zwei Gründen von vornherein der Gedanke an eine entzündliche Erkrankung aufgegeben werden mußte. Die Bauchdecke war vor diesem geschilderten Anfalle heftig gespannt und eingezogen, so daß ein Durchdrücken ganz unmöglich war, nach dem Anfalle war der Bauch — wie immer in den Intervallen — weich, nirgends, außer der Gegend rechts und aufwärts des Nabels, druckempfindlich; man sieht keine Peristaltik. Im Laufe der nächsten Tage wiederholten sich diese Anfälle, bei welchen der Knabe hauptsächlich sich aufsetzte und mit dem Oberkörper die beschriebenen Pendelbewegungen ausführte; hier und da kauerte er sich zusammen und legte sich auf den Bauch. Wegen des schlechten Allgemeinzustandes des Patienten wurde von einer Magenausheberung und von einer Röntgenaufnahme Abstand genommen.

Aus dem übrigen Status wäre am Aufnahmetage noch hervorzuheben, daß der Harnbefund normal war; der Knabe war stark abgemagert und wog 18,700 kg; die Augen sind haloniert, die Zunge belegt, nicht trocken. Puls 92; Befund der inneren Organe ohne Besonderheiten; Beklopfen der Wirbelsäule ohne Schmerzphänomen. Therapie: Milchdiät, Bettruhe.

8. März. Bauch eingesunken, teigig weich; Stuhl spärlich, nur nach Wasserklysma; Zunge feucht, belegt, kein Fieber; übler Geruch aus dem Munde, kein Appetit, sehr viel Durst; stärker halonierte Augen; an diesem Tag achtmal erbrochen; Puls vormittags 108, unregelmäßig, nachmittags 132; dabei Untertemperaturen. Im Harne heute deutlich positive Essigsäure-Ferrozyankalireak-

tionen; Eiweiß mit Eßbach nicht meßbar; kein Sediment; alle Blutreaktionen im Stuhl und Harne stets negativ.

9. März. Puls bei Untertemperaturen frequent; zweimal galliger Schleim erbrochen. Albumen im Harn abnehmend; Patient heute weniger verfallen; sehr wenig Stuhl auf Klysma; Schmerzanfälle wie gewöhnlich; sie ließen sich bisher auch durch große interne Papaverindosen (dreimal 0,05) nicht lindern; dagegen brachte Opiumtinktur Erleichterung; in der Magengegend heute eine Partie von der Größe eines Hühnereies vorgewölbt. In der Ileozökalgegend heute mehrere derbe Stränge zu tasten (kontrahierter Darm).

18. März. Unter Kochsalz- und Nährklysmen, Milchdiät und unter Opiumtropfen hat sich der Zustand gebessert; die Kolikanfälle sind weniger schmerzhaft geworden; der Turgor des Gesichts hat zugenommen; am 10., 11. und 12. März nicht, am 13. nur einmal erbrochen; der Knabe verträgt schon konsistentere Nahrung; er bekommt Appetit; am 12. März die Eiweißproben nur noch spurenweise positiv, später negativ; die Blutreaktionen im Harn und Kot stets negativ; seit einer Woche um 100 g Körpergewicht zugenommen; keine Untertemperaturen. Der Knabe schien also auf dem besten Wege der Genesung, als wiederum, anscheinend im Anschluß an einen Diätfehler (Orangen, von Besuchern dem noch stark hungernden Kinde gereicht), heftige Schmerzparoxysmen auftraten.

29. März. Trotz medikamentöser und diätetischer Therapie verfällt der Knabe zusehends; sehr starke Abmagerung; Körpergewicht 16 kg; häufiges Erbrechen galliger Massen (etwa achtmal in 24 Stunden), zuweilen von peritonealem Charakter. Untertemperaturen; frequenter (124) debiler Puls; Bauch typisch teigig weich, eingesunken; Druckpunkt rechts aufwärts vom Nabel schmerzhaft wie immer; an dieser Stelle fühlt man heute in der Tiefe des Bauches eine kleine Resistenz (kontrahierter Darm?); im Harne keine Fällung auf Essigsäure-Ferrozyankali, doch deutlicher Essigsäurekörper, wie bei manchen lordotischen Albuminurien. Alle Zuckerproben negativ; kein Sediment. Weder Opium noch Papaverin helfen gegen die Schmerzen. Die Schmerzanfälle haben an Häufigkeit und Intensität zugenommen und verlaufen wahrhaft paroxysmal. Während der Knabe zuerst die Anfälle in sitzender Stellung durch die beschriebenen Pendelbewegungen des Oberkörpers zu unterdrücken suchte, nahm er später instinktiv und förmlich stereotyp eine eigentümliche Haltung an, die pathognostisch erscheint. In den schmerzfreien Intervallen lag Patient selten auf dem Rücken; meist bevorzugte er die rechte oder linke Seitenlage.

Kam nun ein Schmerzanfall, so erhob sich der Knabe auf die Knie und bohrte den Kopf vornüber in die Kissen, wie wenn er sich auf den Kopf stellen wollte. In dieser Stellung war die Stirn zu tiefst und das Gesäß zu höchst; es war eine vom Knaben instinktiv ausgeführte aktive Beckenhochlagerung. In dieser Stellung schien er die Anfälle leichter zu überstehen; er verharrte oft stundenlang in dieser Weise, so daß sich bereits an beiden Knien und an der Stirn Epidermisabschilferungen zeigten; Patient schien erst gegen Ende seines Leidens auf diese schmerzlindernde Lage gekommen zu sein. Diese Stirnknielage bezweckte offenbar eine Lagerung der Darmschlingen nach vorn und oben, wodurch, wie nachträglich aus der Sektion erhellte, die mesenteriale Darmstenose verringert wurde.

Der zweimal hinzugezogene chirurgische Konsiliarius fand aus den Berichten keine Indikation zu einem chirurgischen Eingriffe, welcher überdies bei der großen Schwäche des Kindes kontraindiziert erschien. Verf. konnte während des Lebens eine exakte Diagnose nicht stellen; von den bekannten Erkrankungen kamen differentialdiagnostisch in Betracht: ein Fremdkörperverschluß, eine Stenose durch Narbenbildung nach Ulcus, eine Invagination, ein Strangulationsverschluß, Appendicitis, eine Bleivergiftung oder ein spastischer Zustand, wie Pylorospasmus.. Doch wollte die Beobachtung mit keiner der genannten Krankheiten stimmen. Am meisten dachte Verf. an ein Ulcus mit nachfolgender Narbenbildung, namentlich mit Rücksicht auf die vor einem Jahr erfolgte Attacke.

31. März. Heftigste Schmerzanfälle, der Knabe erbricht alles, Temperaturen von 36,0 bis 36,1, in der Achselhöhle gemessen. Äußerster Zustand der Schwäche und Unterernährung, wie etwa bei der Pädatrophie. Exitus um $^1/_4$6 Uhr abends.

Sektionsbefund: Der Magen ist sehr stark ausgedehnt, der Pylorus weit offen. Blickt man aus dem eröffneten Magen in die Pars pylorica, so sieht man, daß die Valvula pylorica vollkommen verschwunden ist. Die Pars horizontalis duodeni

superior, welche ebenfalls stark ausgedehnt ist, kommuniziert mit dem Magen durch eine für drei Finger bequem passierbare Pylorusöffnung. Die Pars descendens duodeni, welche vollkommen frei zugänglich ist, zeigt eine ballonartige Ausdehnung. Diese erstreckt sich auch noch auf den proximalen Teil der Pars horizontalis duodeni. Der Übergang des überdehnten Darmstücks in den normalen Darm erfolgt ganz plötzlich knapp vor der Umbiegungsstelle der Pars horizontalis inferior in die Pars ascendens. Die einzelnen Anteile des Duodenums sind ohne weitere Präparation frei zugänglich, da die sekundäre Konkreszenz des Mesocolon ascendens vollkommen ausgeblieben ist. Dementsprechend überblickt man auch die dorsale Peritonealwand rechterseits von der Niere bis ins Becken. Die sekundäre Verwachsung des Mesocolon descendens ist in normaler Ausdehnung eingetreten.

Es handelt sich also um einen Fall von Mangel der sekundären Verwachsung des Mesocolon ascendens. Auffällig ist die starke Dehnung des Magens und der anschließenden Duodenalabschnitte. Die Obstruktion des Darmlumens an der Übergangsstelle der Pars horizontalis inferior und Pars ascendens ist gegeben durch eine spitzwinklige Knickung des Darms an dieser Stelle. Die Knickung tritt in dem Moment ein, in welchem man das Dünndarmkonvolut beckenwärts verlagert, ist aber nicht herbeigeführt durch die Überlagerung des Duodenums von seiten der Arteria mesenterica superior, wie dies beim arteriomesenteriellen Darmverschluß geschieht. Die Knickung wird ermöglicht durch die Freiheit des Mesenteriums und die dadurch eintretende Verlagerung der ersten Jejunumschlinge und der Pars ascendens duodeni; sie wird begünstigt durch die leicht eintretende Torsion des ganzen Darmkonvoluts. An der Torsionsstelle und in der Nachbarschaft befinden sich adhäsive Narbenzüge im Mesenterium als Reste vorausgegangener Entzündungen. Ihrem Aussehen nach sind dieselben keinesfalls embryonaler Natur. Ein solcher Narbenzug zieht von der vorderen Außenfläche der gedehnten Pars ascendens duodeni um die Radix mesenterii herum und verliert sich jenseits der Einlagerungsstelle der Arteria mesenterica superior. Er schnürt das Duodenum von unten her deutlich ein.

Nach der klinischen Beobachtung und nach der aufklärenden Autopsie kann kein Zweifel mehr obwalten, daß es sich um eine sehr seltene Inkarzerationsform handelt, deren Mechanismus Heschl schon 1855 in folgender Weise erklärt: „Eine Darmpartie samt ihrem Gekröse sinkt tief in den Beckenraum herab und bewirkt einen einfachen Druck auf einen oder mehrere Darmteile, welche sich an der hinteren Bauchwand befinden, indem z. B. das untere Querstück des Duodenums, das untere Ende des Ileums gegen die Wirbelsäule angepreßt werden.“ Wenn man von Leichtensterns oberflächlicher Erwähnung einer Inkarzeration durch das Mesenterium einer fixierten Darmpartie absieht, ebenso wie von einem vom Perry und Shaw nicht ganz einleuchtend gedeuteten Falle, so findet man nach 1855 bloß bei Kundrat und bei Paltauf klare und präzise pathologisch-anatomische Diagnosen derartiger Krankheitsfälle; Paltauf schreibt z. B. anläßlich eines Falles: Dilatatio ventriculi et duodeni ex compressione per mesenterium.

Die Mitteilung einer Reihe von Mesenterialvarietäten verdanken wir J. Tandler; der eine Teil seiner Fälle unterschied sich von normal bleibenden Verhältnissen der Mesenterien durch das vollständige Ausbleiben oder durch eine teilweise Verhinderung bestimmter gesetz-

mäßiger Verwachsung; in der zweiten Hälfte seiner Fälle sind bestimmte Lagerungsverhältnisse des Embryonallebens erhalten; ein Fortschreiten in der Bahn der Entwicklung ist aus irgendwelchen, nicht näher bezeichenbaren Motiven ausgeblieben.

Klinisch hat zum erstenmal J. Schnitzler die mesenterialen Darminkarzerationen ausführlicher behandelt.

Im Kindesalter fand Verf. in der pädiatrischen Literatur weder einen Fall noch auch das Krankheitsbild erwähnt. Verf. möchte deshalb seinen Fall weiter epikritisch analysieren, namentlich mit Rücksicht auf die vielen Kolikanfälle des Kindesalters, indem es vielleicht hierdurch möglich wird, gewisse Krankheitsbilder von dem noch ziemlich unklaren Sammelbegriffe der „Nabelkoliken" abzutrennen.

Die Elemente der Diagnosenstellung möchte Verf. aus der Symptomatologie seines länger beobachteten Falles und der viel rascher verlaufenen Fälle Schnitzlers vorläufig wie folgt herausheben:

1. Beginn nach Verdauungsstörungen leichter oder schwerer Art (bei Schnitzler nach der Narkose, nach Überladung des Magens mit Speisen, nach Typhus; beim Verf. nach leichter, vielleicht fieberhafter Magendarmstörung; ebenso ein Rezidiv nach einem Diätfehler); Neigung zu Rezidiven (Verf.).

2. Unstillbares, zuweilen peritoneales Erbrechen (kein Appetit, unlöschbarer Durst).

3. Obstipation; kein Blut im Stuhle.

4. Kein Fieber; Neigung zu Untertemperaturen.

5. Toxisches Aussehen, halonierte Augen.

6. Absolutes Fehlen von Meteorismus, keine oder fast keine sichtbare Peristaltik; der erweiterte Magen nur selten perkutorisch nachweisbar.

7. Typischer Teigbauch, der vor oder im Anfalle bretthart wird.

8. Palpationsbefunde: a) Druckpunkt rechts und aufwärts vom Nabel, b) kein großer Tumor, sondern zuweilen Stränge oder kleine Resistenzen zu tasten (kontrahierte Darmschlingen).

9. Puls klein, zuweilen beschleunigt, selten unregelmäßig.

10. Lordose der Wirbelsäule (Schnitzler), Harnbefund wie bei der Jehleschen lordotischen Albuminurie (Verf.).

11. Schmerzparoxysmen oft mildester Art; vom beschriebenen Schmerzpunkte nach rechts ziehende Schmerzen.

12. Unverkennbarer Einfluß der Lage des Patienten: a) Seitenlage oder Sitzen bevorzugt; Rückenlage schadet (Schnitzler, Verf.), b) Pendelbewegungen im Sitzen (gegen die Lordose) (Verf.), c) aktive Kyphose (gegen die Lordose) (Verf.), d) Kniekopfstellung (gegen die Enteroptose und gegen die Lordose) (Verf.).

In Differentialdiagnose kommen: a) Bleivergiftung, b) Invagination, c) spastische Zustände (wie Pylorospasmus), d) Strangulationsverschluß, e) Fremdkörperverschluß, f) Appendicitis, g) chronische Peritonitis (Zug durch tuberkulöse Drüsen, Verwachsungen), h) Hysterie (bei Nabelkoliken), i) alimentäre Intoxikation.

Besonders diese beiden letzteren kamen bei obigem Falle anfangs in Betracht; die Hysterie wegen der scheinbar allzu wilden Paroxysmen und wegen des Mangels objektiver Symptome, ferner wegen

des Fehlens von Temperatursteigerungen, die alimentäre Intoxikation wegen der späteren Magendarmsymptome, wegen des Beginns mit einer eruierbaren Nahrungsschädigung; besonders verführerisch war noch die leichte Albuminurie bei typisch toxischem Aussehen des Patienten. Die Diagnose wird in Zukunft leicht sein, wenn man die beschriebene Anomalie klinisch und anatomisch kennt.

Zur Prophylaxe möchte Verf. empfehlen: 1. Das Jehlesche Lordosemieder, 2. Vermeidung alimentärer Schädigungen.

Als Therapie kommt in Betracht: a) Bei leichten Fällen: Opium, flüssige Nahrung, rektale Ernährung, Kochsalzlösung als Klysma oder subkutan, Beckenhochlagerung, Kyphose (am besten in Form der von Verf. beobachteten Kniestirnlage); b) bei schweren, noch nicht kachektischen Fällen: möglichst rasche Gastroenterostomie. Grätzer.

L. Wolfer, Zur Beurteilung der Konstitution eines Schulkindes. (Fortschr. d. Med. 1915 Nr. 44/45.) Nach den diesbezüglichen Weisungen, welche in der vom Unterrichtsministerium herausgegebenen „Anleitung zur Ausfüllung der Gesundheitsscheine" enthalten sind, ist die Gesamtentwicklung eines Schülers als „mittel" zu bezeichnen, wenn sie dem durchschnittlichen Niveau der betreffenden Schule bzw. Bevölkerungsklasse entspricht, als „gut", wenn die Entwicklung darüber hinausgeht, als „schlecht", wenn sie dieses Niveau nicht erreicht.

Diese hiermit gegebenen Direktiven scheinen aber nicht zu genügen, denn die einzelnen schulärztlichen Berichte weisen in der Beurteilung der Konstitution Divergenzen auf, die dadurch bedingt sind, daß in ein und derselben Schule Schüler verschiedenster Nationalität, verschiedener Gegenden und Stände, Stadt- und Landkinder bunt durcheinandergewürfelt sind. Es müssen daher die zu gebenden Leitlinien präziser gezogen werden.

Wenn man überlegt, daß die Gesamtentwicklung eines Kindes abhängig ist von einem bestimmten, je nach dem Alter verschiedenen Verhältnis zwischen Körperlänge, Körpergewicht und Brustumfang, so sind es diese Faktoren, welche die Beurteilung der Konstitution in erster Linie zu beeinflussen haben. In Berücksichtigung dieser leicht fixierbaren Daten hat Verf. seine Methode ausgearbeitet, die er im folgenden erläutern will. Hierbei bezeichnet er mit A das Alter, mit G das Körpergewicht, mit L die Körperlänge, mit B den Brustumfang.

Darnach ist die Konstitution mittel, wenn man

a) falls $3A > G$, nach Subtraktion dieser Differenz von $B/2$ den durch das Meßband erhobenen B,

b) falls $3A < G$, nach Addition der zwischen B und $L/2$ bestehenden Differenz zu $3A$ das durch die Wage ermittelte G erhält.

Als gut bezeichnet er die Konstitution dann, wenn auf diese Weise ein kleinerer B oder ein geringeres G erhoben wird als durch Meßband bzw. Wage, als schlecht, wenn daraus ein größerer B oder ein größeres G resultiert als durch Meßband bzw. Wage.

Es ist selbstverständlich, daß, wie dies auch in der zitierten Anleitung bemerkt ist, sonst anscheinend körperlich gut entwickelte

Schüler, welche jedoch an Epilepsie leiden, höhergradige Vergrößerungen der Schilddrüse, nicht operierte Unterleibsbrüche, skrofulöse und tuberkulöse Affektionen aller Art, Kontrakturen, Lähmungen, Herzfehler, Seh- und Hörstörungen höheren Grades aufweisen, nie mit „gut", sondern je nach dem Falle mit „mittel" oder „schlecht" zu klassifizieren sind.

Am zweckmäßigsten wird demnach die Beurteilung der Konstitution erst nach Ermittlung der in Betracht kommenden Körpermaße und genauer Untersuchung des Schülers, nicht aber auf Grund einer Besichtigung, also des ersten Eindruckes allein, zu erfolgen haben.

Grätzer.

R. Lehmann (Düsseldorf), Zur Extensionsbehandlung bei Knochenbrüchen. (Mschr. f. Unfallhlk. 1915 Nr. 1.)

Der 10jährige Sohn eines Eisenbahnbeamten fiel von einem Wagen, stauchte mit dem rechten Arm auf und erlitt an der Grenze zwischen oberem und mittlerem Drittel des Vorderarms einen Schrägbruch von Radius und Ulna unter starker Dislokation der Fragmente der Ulna, deren handwärts gelegenes die Muskulatur und Haut an der Beugeseite des Unterarms durchspießte und eine nicht unerhebliche Blutung verursachte, die auf der Eisenbahnstation durch kunstgerechten Notverband gestillt wurde. Der Unterarm zeigte an der Bruchstelle einen speichenwärts konvexen Knickungswinkel von etwa 25°. Nach Bestätigung der Diagnose auf dem Röntgenschirm — Verf. hatte den Patienten sofort ins Krankenhaus gefahren —, operativer Freilegung und Drainage der Frakturstelle und Korrektur der Knochenstellung in Narkose legte Verf. unter leichter Schienung des Arms zunächst einen der üblichen Extensionsverbände unter Zug nach schräg oben und Gegenzug an, um in dieser Stellung bei Bettruhe des Patienten abzuwarten, ob eine Infektion der Bruchstelle eingetreten sei oder nicht. Da dies nicht der Fall war, ließ Verf. den Patienten am 4. Tage aufstehen, um ihn nach Hause zu entlassen, und machte ihm zu dem Zweck und um die Wundstelle stets leicht zugänglich zu behalten, einen sehr einfachen portativen Extensionsverband: Zu beiden Schmalseiten des Unterarms liefen, etwas oberhalb der Frakturstelle beginnend, abwärts bis dicht an das Handgelenk angelegt, dann frei, Streifen von Leukoplast, die durch ebensolche, zirkulär verlaufende ober- und unterhalb der Operationswunde und dicht oberhalb des Handgelenks fixiert wurden. Das Handgelenk selbst blieb frei. Nunmehr wurde der Arm in rechtwinkliger Beugung im Ellenbogengelenk und in Supinationsstellung des Vorderarms in eine handbreite gepolsterte Cramersche Drahtschiene gelegt, die oben bis an die Achselgegend reichte, aber die Fingerspitzen um reichlich anderthalb Handbreiten überragte. Der Oberarm wurde für sich nach guter Polsterung an das obere Schienenende durch zirkuläre, breite Bindentouren fixiert. Die freien Enden der beiden seitlichen Leukoplaststreifen wurden beiderseits um Schlingen von starkem Bindfaden gelegt und durch genügend weites Umklappen verklebt. Die Bindfadenschlingen wurden um die letzte Sprosse der Cramerschen Schiene beiderseits zunächst einfach, aber fest geknotet, wobei schon gleichzeitig von der Assistenz ein starker Zug an der Hand des Patienten ausgeübt wurde. Durch Einlegen kleiner Holzstäbchen in die Schlingenenden und Drehen derselben nach Art eines Knebeltourniquets ließ sich nun eine beiderseits verschieden dosierbare und beim Nachlassen der Zugwirkung wieder verstärkbare Extension herstellen. Die Knebel wurden dann an der Schienensprosse einfach festgebunden; um den Unterarm wurde unter Freilassung der Hand nach definitiver Versorgung der Wunde und definitiver Polsterung an der Bruchstelle, wo seitliche Dislokation bei Nachlaß der Extension vielleicht zu befürchten gewesen wäre, eine Mullbinde gelegt. Der Arm kam in eine Mitella.

Diese Verbandart gestattete zunächst eine Besichtigung und Behandlung der Wunde ohne Abnahme des fixierenden Verbandes selbst, ferner ausgiebige Beugung des Handgelenks, völlig freies Spiel der Finger und bei Abnahme der zirkulären Bindentouren um den Ober-

arm aktive und passive Bewegungen im Ellenbogengelenk. Nach der sehr schnellen Konsolidation der Bruchstelle wurde der Arm mit einfacher kurzer, gepolsterter Schiene versehen.

Tatsächlich ist nun die anfangs stark verschmutzte komplizierte Fraktur reaktionslos und in sehr korrekter Stellung bei vollkommener Funktion sämtlicher Gelenke in 4 Wochen so ausgeheilt, daß der Junge gleich danach an allen Spielen seines Alters teilnehmen und seinen Arm kräftig gebrauchen konnte.

Ob Verf. bei Anwendung etwa eines abnehmbaren Gipsschienenverbandes ein so in anatomischer wie funktioneller Hinsicht befriedigendes Resultat gehabt hätte, ist ihm zweifelhaft; er möchte letzteres der Extensionsbehandlung zuschreiben. Und diese geschah mit Mitteln, wie sie jeder Arzt mit geringen Kosten bei jedem Falle in ambulanter Praxis, auch in praxi pauperum, verwenden kann.

Grätzer.

Alfred Fickler, Klinische Beiträge zur infantilen Pseudobulbärparalyse. (Deutsche Zschr. f. Nervenhlk. 47 und 48. 1913. Strümpell-Festschr.) Pseudobulbäre Symptome bei der zerebralen Kinderlähmung ohne gleichzeitige Beteiligung der Extremitäten sind selten. Verf. berichtet über 3 derartige Fälle, die ihm klinisch und ätiologisch eine Einheit zu bilden scheinen und daher möglicherweise eine besondere Gruppe darstellen. Alle 3 Kranke waren geistesschwach und zeigten starke Lähmungserscheinungen im Gebiete des 5., 7. und 12. Hirnnerven (daher schwere Störungen beim Sprechen, Kauen, Schlucken), geringe Lähmungserscheinungen an den Augenmuskeln. Die von der Lähmung betroffenen Muskeln zeigten zum Teil eine Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit, aber nirgends Ea.-R.; ebenso fehlen lokalisierte Muskelatrophien. Die von den Rückenmarksnerven versorgten Körperteile sind frei von Lähmungen, Koordinationsstörungen und Spasmen; nur die feiner abgestuften Bewegungen der Hände sind mehr oder weniger mangelhaft entwickelt. Keine sensiblen Störungen. Schwäche der Nackenmuskulatur. Gaumenreflex fehlt. Unterkiefer-, Sehnen- und Periostreflexe lebhaft. Atrophie des Unterkiefers, mangelhafte Ausbildung des Kinns. Hypoplasie der Hände. Schädel abnorm klein. Die Krankheit ist entweder angeboren oder während des ersten Lebensjahres erworben, zeigt keine Progression, in dem einen Falle sogar eine geringe Besserung. In 2 der 3 Fälle war das Krankheitsbild kompliziert mit epileptiformen Anfällen.

Von der Bulbärparalyse unterscheidet sich das Leiden durch das Fehlen von Muskelatrophien und Ea.-R. und die erhaltene Beweglichkeitder von der Lähmung befallenen Muskeln bei mimischen Gefühlsäußerungen und beim Schluckackt. Der Krankheitsprozeß kann daher nicht im Bulbus selbst, sondern nur zentral davon, höchstwahrscheinlich in der Rinde (Idiotie, Epilepsie!), gelegen sein. (Mikrogyrie im unteren Gebiet der Zentralwindungen.) Also: Idiotie mit Pseudobulbärparalyse. Von der gewöhnlichen Form der schlaffen Pseudobulbärparalyse unterscheidet sich das Krankheitsbild durch das Fehlen jeglicher gröberen motorischen Störungen an den Extremitäten, die stete, wenn auch geringe Beteiligung der Augen-, Stirn- und Lidmuskeln und die mangelhafte Fingerfertigkeit.

Ätiologie: In allen 3 Fällen war die Wa.-R. im Blutserum positiv; daher hat höchstwahrscheinlich hereditäre Lues zu der Entwicklungsstörung im Großhirn geführt.

In etwa einem Dutzend Fälle von infantiler zerebraler Diplegie, teilweise mit Pseudobulbärparalyse, fand Verf. stets negativen Wassermann. Also erscheint die Idiotie mit Pseudobulbärparalyse als eine hereditär-luetische Erkrankung, während die infantile Diplegie mit Pseudobulbärparalyse ätiologisch keine Einheit darstellt.

Kurt Mendel.

Chr. Leegaard, Die akute Poliomyelitis in Norwegen. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhlk. 53. 1915 H. 3—4.) Bezüglich der Poliomyelitis in Norwegen kann man nach einigen Jahren der Ruhe wieder eine größere Verbreitung des Leidens erwarten, deren Umfang man nicht ahnen kann. Die Jahreskurve des Verf. stimmt in dieser Hinsicht pessimistisch. Ob sich die Mikrobe der Krankheit außerhalb des menschlichen Körpers in der Natur befindet, ist unbekannt, doch ist die Möglichkeit vorhanden. Gerät die Mikrobe (durch Mund, Rachen, Magen und Darmkanal) in den menschlichen Körper, so deutet alles darauf hin, daß sie sich später auf gesetzmäßige Weise von Person zu Person verpflanzt. Sie tritt in den verschiedensten Klimaten und unter den verschiedensten Naturverhältnissen auf, aber sie folgt der Pflanzennatur darin, daß sie ihre reichste Entwicklung in den Sommermonaten hat, wenn sie auch gelegentlich im Winter gedeihen kann. Sie verträgt Eintrocknung, ist in Staub gefunden worden und findet sich wahrscheinlich in verschiedenen Nahrungsmitteln und auf Gegenständen. Die Krankheit wird nicht leicht übertragen; oft scheint die reichste Gelegenheit zur Ansteckung vorhanden zu sein, ohne daß letztere erfolgt. Die Übertragung kann erfolgen von Mund zu Mund, von Hand zu Mund, von Hand zu Hand und von dort weiter mit oder ohne Gegenstand als Zwischenglied.

Prophylaxe: Isolierung der Kranken mit eigener Pflegerin, am besten Krankenhausaufnahme, Desinfektion, bei größerer Ausbreitung der Epidemie Schließung der Schulen, Verbot größerer Zusammenkünfte. Die Bevölkerung muß aufgeklärt werden, daß der beste Schutz gegen Poliomyelitis eine sorgfältige Reinhaltung, insbesondere der Hände, Kleider, Wäsche, Speisen und Eßgeräte, ist. In Eisenbahnen ist auf ein größeres Reinhalten der Wagen und hinreichende Gelegenheit zum Waschen, besonders der Hände, zu achten; durch Anschlag soll zur Beobachtung von Reinlichkeit, besonders bei Behandlung mitgebrachter Eßwaren, aufgefordert werden. Das Gleiche gilt für Automobile und Dampfschiffe.

Das Material des Verf. umfaßt 3290 Fälle (55,57 % männlichen, 44,43 % weiblichen Geschlechts). Reichlich 3 % sind unter 1 Jahre, 10—11 % im Alter von 1 und 2 Jahren, 4—5 % in den folgenden Jahresgruppen; im Alter von 7 Jahren ist wiederum eine kleine Steigerung vorhanden, dann sinkt die Kurve kontinuierlich. Ende der Zwanziger geht die Zahl der Erkrankten auf etwa 1 % herab. 26,2 % der Kranken wurden geheilt, 56,7 % invalide, 17,1 % starben.

Kurt Mendel.

Zipperlen, Einiges über die spinale Kinderlähmung. (Med. Korresp.-Bl. d. Württemberg. ärztl. Landesvereins. 1914 Nr. 5.) Beobachtung von 14 Fällen während einer Poliomyelitis-Epidemie im Jahre 1913. Gleichzeitige Vieherkrankungen wurden nirgends beobachtet. Verf. glaubt, daß die Art der Übertragung mit der Jahreszeit (Sommer) und mit dem Wetter (warme, sonnige Tage) zusammenhängt. Wahrscheinlich wird das Leiden durch Stechmücken übertragen; Verf. konnte auch in all den befallenen Wohnungen zahlreiche Stechmücken nachweisen. Kurt Mendel.

G. Büttner, Neueinführung einer Hilfsschullehrerprüfung für Preußen. (Zschr. f. d. Erforschung u. Bekämpfung d. jugendl. Schwachsinnes. 8. 1915 H. 1. S. 1.) Die neue Hilfsschullehrerprüfungsordnung für Preußen zerfällt in 14 Paragraphen, von denen sich die ersten 5 befassen mit der Zulässigkeit der Bewerber, mit der Prüfungskommission und Prüfungszeit sowie mit der Meldung und den notwendigen Nachweisen. Die Paragraphen 6—9 sprechen von der Prüfung selbst, die Paragraphen 13—14 handeln von den Prüfungsergebnissen, Zeugnissen, Prüfungswiederholungen, Gebühren und dem Inkrafttreten. Kurt Boas.

G. Büttner, Fürsorge für schwachbegabte Kinder auf dem Lande. (Zschr. f. d. Erforschung u. Behandlung des jugendlichen Schwachsinns. 8. 1915 H. 1. S. 71.) Verf. gibt einen Bericht über die Maßnahme der königlichen Regierung zu Arnsberg betreffs Fürsorge für schwachbefähigte Schulkinder auf dem Lande. Näheres im Original. Kurt Boas.

Mönkemöller, Die Strafe in der Fürsorgeerziehung. (Zschr. f. Kinderforschung. 19. 1914 H. 3—5.) Verf. bespricht die Einwirkung der Strafe auf die verschiedenen psychopathologischen Typen der Fürsorgezöglinge: die angeborenen Schwachsinnigen, die ethisch und moralisch Verkommenen, die Schwachsinnigen, die zu stärkeren Stimmungsschwankungen neigen, die Epileptiker, die paranoischen Naturen, die Dementia praecox-Kranken, die hysterischen Naturen, die nervösen Naturen und die psychopathischen Konstitutionen. Zusammenfassend bemerkt Verf., daß zwar ein Teil der Fürsorgezöglinge durch die Strafe günstig beeinflußt wird, daß aber bei einem nicht unbeträchtlichen Teile der Fürsorgezöglinge schwere psychiatrische Bedenken in den Strafvollzug hineinragen.

Verf. gibt dann noch eine Anzahl von Reformvorschlägen an. Vor allem fordert er die Mitarbeit des Psychiaters. Für wünschenswert hält er, die ärztliche Untersuchung der Fürsorgezöglinge vor dem Strafvollzug oder zum mindesten möglichst bald nach der Einlieferung in die Fürsorgeanstalt vorzunehmen. Kurt Boas.

Halbey, Über spinale Kinderlähmung im Stadt- und Landkreis Kattowitz. (Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung. 4. 1915 H. 7.) Die vorliegende Arbeit gibt eine Übersicht über eine in Kattowitz, Stadt- und Landkreis, beobachtete Poliomyelitisepidemie. Sie ist nicht nur vom rein statistischen und epidemiologischen Standpunkt aus interessant, sondern bringt auch

sonst mancherlei, was für die Symptomatologie der genannten Erkrankung von Bedeutung ist. Einen ausführlichen Raum nehmen schließlich die Bekämpfung sowie prophylaktische Vorschläge ein.

Kurt Boas.

E. Feder, Die Bestimmung des Milchzuckers in der Milch auf polarimetrischem Wege. (Aus dem Chem. Untersuchungsamt der Stadt Aachen.) (Zschr. f. Unters. d. Nahrungs- u. Genußmittel. 28. H. 1. S. 20.) Die Scheibesche Methode der polarimetrischen Bestimmung des Milchzuckers in der Milch erfordert für die analytische Feststellung des Volumens der Fett-Eiweißfällung sehr umständliche Arbeiten, welche außerdem zu beträchtliche Fehlerquellen einschließen, um eine genaue Ermittlung des Niederschlagvolumens zu gewährleisten. Auch die Benutzung des von Scheibe vorgeschlagenen Korrekturfaktors 0,94 bzw. 0,97 ergibt unter Umständen nicht unerhebliche Fehler bei der Berechnung des wirklichen Milchzuckergehaltes. Die Quecksilberjodid-Schwefelsäurelösung eignet sich vortrefflich zur Ausfällung der Eiweißstoffe aus der Milch, übt aber immerhin einen bemerkbaren Einfluß auf das Drehungsvermögen des Milchzuckers aus.

Von weit geringerem, unmerklichem Einfluß auf die Drehung des Milchzuckers ist das Asaprol. Der durch dasselbe hervorgerufene Niederschlag besteht im wesentlichen aus den Eiweißstoffen und dem Fett der Milch; sein Volumen ist annähernd gleich dem Gehalte der Milch an Trockensubstanz, vermindert um den an Milchzucker und Mineralstoffen. Kennt man also den Gehalt der Milch an Trockensubstanz sowie an Milchzucker, so läßt sich, da der Wert für die Mineralstoffe ein relativ konstanter ist, das Niederschlagsvolumen annähernd berechnen. Die folgende Arbeitsweise ist für die polarimetrische Bestimmung des Milchzuckers zu empfehlen:

75 ccm Milch werden in einem Meßkölbchen von 100 ccm Inhalt mit 6 ccm Asaprollösung (je 75 g Asaprol und Zitronensäure in heißem Wasser gelöst und zu 250 ccm aufgefüllt) gemischt. Die Flüssigkeit wird sodann auf 100 ccm aufgefüllt, kräftig geschüttelt und nach $^1/_4$stündigem Stehen filtriert. Ein Grad Rechtsdrehung des Filtrates zeigt (bei Apparaten mit Kreisgradteilungen und Natriumlicht bei 20^0 C) im 200 mm-Rohr 0,9518 g Milchzucker an. Ist die Drehung 0,9518 gleich a, so ist die Formel für die Berechnung des wirklichen Milchzuckergehaltes (M) der Milch die folgende:

$$M = a \cdot \frac{100{,}8 - t + \frac{(96{,}7 - f)\,a}{75}}{75}.$$

In dieser Formel bedeutet:

$t = {}^0/_0$ Trockensubstanz in der Milch,

$f = {}^0/_0$ Fett in der Milch.

Die polarimetrische Bestimmung des Milchzuckers ist wegen ihrer schnellen und bequemen Ausführbarkeit in manchen Fällen zu bevorzugen. Doch bietet die gewichtsanalytische Bestimmung eine größere Gewähr für die genaue Richtigkeit der einzelnen Ergebnisse.

Kurt Boas.

F. Hamburger, Über Phimosenbehandlung im frühen Kindesalter. (Hamburg. med. Überseehefte. 1914 Nr. 11.) Verf.

spricht sich entschieden gegen jeden operativen Eingriff bei Phimose in den ersten drei Lebensjahren aus und empfiehlt die Dehnung, durch die man immer zum Ziele gelangt. Zu diesem Zwecke bedient sich Verf. der manuellen Dehnung. Die Lösung der Konglutination ist nicht notwendig und nur dann indiziert, wenn es zur Beseitigung der Phimose unbedingt notwendig ist.

Im Anschluß an die Sprengung oder energische Dehnung der Phimose kann sich eine schmerzhafte Schwellung mit Harnverhaltung entwickeln. Man gebe daher prophylaktisch Umschläge mit essigsaurer Tonerde.

Um die Erneuerung der Phimose zu verhindern, wiederhole man die Zurückschiebung des Präputiums anfangs jede Woche, später jeden Monat einmal.

Die manuelle Beseitigung der Phimose gelingt in den ersten drei Lebensjahren so gut wie immer, aber selbst bei älteren Kindern gar nicht so selten. Sie hat vor der Operationsbehandlung den großen Vorteil, daß man keine Narkose braucht und daß Verunstaltungen, wie sie durch alle möglichen Operationsmethoden so häufig bedingt werden, vermieden werden. Kurt Boas.

H. Steng, Die Milch brünstiger Kühe als Kindermilch. (Aus dem Hygienischen Institut der Universität in Tübingen.) (Arch. f. Hygiene. 78. H. 6. S. 219 und Inaug.-Dissert. Tübingen 1914.) Die Milch brünstiger Tiere schwankt in der chemischen Zusammensetzung; die Veränderungen können aber nicht regelmäßig nachgewiesen werden. Das Fett zeigt manchmal geringe Unterschiede, indem es einigemal höher ist als sonst, manchmal aber auch niedriger. Dies wird dann am folgenden Tag durch höheren Fettgehalt wieder ausgeglichen. Refraktion und Milchzucker bleiben sich gleich oder werden wenig erhöht. Die Säure verändert sich meist nicht. Sie kann ausnahmsweise wenig niederer oder höher sein. Höhere Säuregrade kommen wohl davon her, daß die Tiere während dieser Zeit schwer rein gehalten werden können. Das spezifische Gewicht ist trotz des erhöhten Fettgehaltes öfters hoch, doch im ganzen bietet es wenig Veränderung; ebenso weichen Eiweiß, Trockensubstanz und Aschengehalt nur sehr wenig oder gar nicht von normalen Werten ab.

1. Da Veränderungen in der chemischen Zusammensetzung der Milch brünstiger Kühe gegenüber der nicht brünstigen nachgewiesen werden können, sollte Brunstmilch als Säuglingsnahrung nicht verwendet werden.

2. Es ergaben Versuche die Möglichkeit, daß durch Brunstmilch bei Säuglingen Erkrankungen in Form der Dyspepsie ausgelöst werden. Es ist wahrscheinlich, daß dabei Toxine (Ovariotoxine) mit im Spiel sind.

3. Abmelkwirtschaften sollten von der Kindermilcherzeugung ausgeschlossen sein. Kurt Boas.

K. Saupe, Über die Erfolge der Operationen bei jugendlicher Katarakt. (Aus der Univ.-Augenklinik in Jena. Inaug.-Diss. Jena 1915.) Verf. berichtet über insgesamt 19 Fälle, auf welche 27 operative Eingriffe kommen. In 2 Fällen bestanden in früher

Jugend Krämpfe, in 2 anderen Rachitis. 5 Patienten waren geistig nicht ganz vollwertig. In 3 Fällen bestand stark ausgeprägter Nystagmus, in 4 Fällen Strabismus und in 1 Fall Myopie dritten Grades. Bei 1 oder vielleicht 2 Fällen versteckte sich hinter der Katarakt eine mehr oder minder große Amblyopie.

Allgemeine Narkose wurde stets bei ganz kleinen und geistig etwas zurückgebliebenen Kindern angewandt, in allen anderen Fällen wurde die Lokalanästhesie angewandt.

In 2 Fällen mit vorangegangener Diszission war diese ohne Erfolg. In 2 weiteren Fällen erwies sich eine Nachstardiszission als notwendig. In 1 Fall mußte die optische Iridektomie vorgenommen werden. In 4 Fällen wurden gute Erfolge erzielt, doch ist die Behandlung ziemlich langwierig.

Unter den Fällen, die primär extrahiert wurden, waren ebenfalls einige mißlungene Fälle. Bestechend bei der Primärextraktion ist auf jeden Fall der oft nur einmalige Eingriff und vor allem die Kürze des Heilverlaufes. Auch muß man ohne weiteres zugeben, daß die Erfolge bessere sind im Vergleich zu den bei der zweizeitigen Extraktion. Und diese Überlegungen und Tatsachen berechtigen diese Operation der primären Lanzenextraktion vollkommen. Eine schädliche Wirkung der Operationen, sowohl der einzeitigen wie zweizeitigen Extraktionen, ist in keinem Falle zu verzeichnen, etwa in der Gestalt, daß der Verlust eines Auges zu beklagen gewesen wäre etwa durch Infektion oder sonstige Zufälligkeiten, die bei einer solchen Operation auftreten können. Kurt Boas.

C. Haag, Das Glaukom der Jugendlichen. Nach dem Material der Klinik. (Aus der Tübinger Univ.-Augenklinik. Inaug.-Diss. Tübingen 1914.) 1. Das von Löhlein zusammengestellte Material an Fällen von Glaukom bei Jugendlichen scheint nicht geeignet zur einwandfreien Beantwortung der bei dieser Erkrankung sich aufwerfenden Fragen und Aufstellung eines den tatsächlichen Verhältnissen entsprechenden Bildes der Glaukomerkrankung der Jugendlichen, da offenbar die zusammengestellten Fälle in der Hauptsache ungewöhnliche Raritäten darstellen und als solche zur Veröffentlichung gekommen sind. Auch die darunter befindlichen Fälle aus der Tübinger Klinik zeigen solche besonderen Verhältnisse. Ein größeres einheitliches Material von Glaucoma bei Jugendlichen, das auch die gewöhnlichen Fälle der Erkrankung gibt, hat bisher nicht zur Verfügung gestanden. Nur auf Grund eines solchen Materials können wir das wirkliche klinische Bild des Glaukoms der Jugendlichen gewinnen.

2. Die aus dem Tübinger Glaukommaterial gewonnenen Wahrscheinlichkeitsziffern der Glaukomerkrankung in den verschiedenen Lebensjahrzehnten weichen von den von Löhlein berechneten nicht unwesentlich ab.

3. Die Häufigkeit der Glaukomerkrankung bei Jugendlichen ist bei den beiden Geschlechtern nicht wesentlich verschieden; bei den einseitigen Erkrankungen wird keine der beiden Seiten bevorzugt.

4. Die Häufigkeit der Erkrankung an Glaukom nimmt in der Jugend, d. h. bis zum 35. Lebensjahr, bei beiden Geschlechtern mit dem Alter zu.

5. Verhältnismäßig sehr häufig finden sich bei unseren Fällen von Glaucoma juvenile anderweitige krankhafte Zustände, besonders allgemeine Ernährungsstörungen.

6. Das Glaucoma inflammatorium ist in dem Tübinger Material etwa doppelt so häufig als das Glaucoma simplex, auffallende Differenz in dieser Beziehung ist bei den beiden Geschlechtern nicht nachweisbar.

7. Von den verschiedenen Refraktionszuständen ist Myopie mit 31%, Myopie über 6 D mit 17% verhältnismäßig sehr häufig, Hypermetropie verhältnismäßig selten (28%) vertreten. Eine Disposition der Hyperopie zu Glaukomerkrankung besteht demnach nicht, wohl aber eine solche bei Myopie. Die höhergradig myopischen, glaukomkranken Augen sind beim männlichen Geschlecht etwas häufiger als beim weiblichen; beim Glaucoma simplex sind die myopischen Augen häufiger vertreten als beim Glaucoma inflammatorium.

8. Tiefe Vorderkammer ist beim Glaucoma simplex wesentlich häufiger als beim Glaucoma inflammatorium. Flache vordere Kammer ist beim Glaucoma inflammatorium wesentlich häufiger als beim Glaucoma simplex, und zwar sind es fast nur myopische Augen, die eine tiefe vordere Kammer zeigen.

9. Hereditäre Momente scheinen beim Glaucoma juvenile nicht wesentlich häufiger vorzukommen als beim Glaucoma der Älteren.

10. Kongenitale Anomalien werden häufig beim Glaucoma juvenile beobachtet. Nach dem Tübinger Material ergeben sich keine Verhältnisse, welche die Annahme einer wesentlichen Verschiedenheit des Glaukoms der Jugendlichen gegenüber dem Glaukom der Älteren begründen. Kurt Boas.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

Ch. Nicolle und **E. Conseil,** Experimentelle Erzeugung von Mumps beim Affen. (Compt. rend. hebdom. Soc. de Biol. 1913 Nr. 28, 1. Aug.) Die Versuche wurden in der Weise ausgeführt, daß das Punktionsprodukt entzündeter Ohrspeicheldrüsen in die Parotis von Affen verimpft wurde. Die Resultate sind folgende: Die Krankheit beschränkt sich beim Tier für gewöhnlich auf eine Temperaturerhöhung von 4—7tägiger Dauer, die Allgemeinsymptome sind unbedeutend oder sie fehlen ganz, die Anschwellung der Ohrspeicheldrüsen ist meist ganz geringfügig. So „fruste“ auch diese Infektion sein mag, sie ist darum nicht weniger spezifisch, denn eine erstmalige experimentelle Erkrankung vermag gegen die Probeimpfung zu schützen. Man beobachtet übrigens zuweilen beim Kind Formen, wo die Parotiserkrankung auch merkbar abgeschwächt ist. Die Inkubationsdauer der experimentellen Krankheit stimmt gut mit der der natürlichen Krankheit zusammen (bis zu 20 Tagen, Rendu; 26 Rilliet und Lombard; 30 Antony). Endlich kommt die Mononukleose in gleicher Weise beim Kind und beim Versuchstier zur Beobachtung. H. Netter (Pforzheim).

Gueit, Ein Fall von generalisierter Anaphylaxie nach einer Injektion von Antitetanusserum drei Jahre nach Injektion von Serum Roux. (Montpellier méd. 1913. Soc. des

Sc. méd. de Montpellier, 7. Febr.) Drei Jahre zuvor hatte der kleine Patient mehrere Injektionen von Diphtherieserum bekommen und mußte jüngst Tetanusserum erhalten. Zwei Tage nach der Injektion traten schwere allgemeine Serumerscheinungen auf, mit hochgradigem Ödema faciei, scroti et praeputii und einer universellen Urticaria; ferner sollen Fieber und psychische Störungen vorhanden gewesen sein.

Derartiges scheint nach Injektionen von Tetanusserum häufig vorzukommen; Verf. hält es darum für unerläßlich, sich der desanaphylaktischen Methoden von Besredka zu bedienen oder vor jeder Injektion eine Ausspülung mit demselben Serum vorzunehmen.

H. Netter (Pforzheim).

E. Lesné, Wirkungslosigkeit der antidiphtherischen Serotherapie auf digestivem Weg. (Bull. et Mém. Soc. méd. des hop. 1913, 14. Febr.) Die (klinisch) völlige Wirkungslosigkeit dieser Applikationsart des Diphtherieserums ist experimentell leicht zu demonstrieren: selbst in starken Dosen in den Magen oder in das Rectum von Kaninchen, auf einmal oder mehrere Tage hintereinander injiziert, bleibt das Serum absolut ohne Wirkung. Unter dem Einfluß der Verdauungssäfte, des Pankreassaftes im besonderen, und auch durch Leberwirkung ist das Antitoxin inaktiv geworden. Allein wirksam ist die subkutane Einführung.

Im Anschluß hieran sagt L. Martin, daß dank der Serumtherapie Frankreich und die Stadt Paris es sind, welche die beste Diphtheriestatistik aufweisen. Was Paris angeht, so gab es in den 14 Vorserumjahren (von 1880 bis 1893) pro Jahr im Mittel 1721 Todesfälle, während in den 15 folgenden Jahren der jährliche Durchschnitt 348 Todesfälle war. Bei einem Vergleich der Stadt Paris mit den wichtigsten Hauptstädten fällt das Ergebnis nach M. durchaus zugunsten von Paris aus für die Jahre 1880 bis 1909. Während das Maximum der Mortalität für Paris 27,7 auf 100000 Einwohner beträgt, war es in Frankfurt 29,6, in London 62,5, in Berlin 60,1, in Petersburg 162,8, in Wien 47,5. Das Minimum von Paris ist 6,4, von Frankfurt, der günstigsten Stadt, 7,7. Wenn die Diphtheriesterblichkeit im ganzen in Frankreich weniger hoch ist als in anderen Ländern, so sei immerhin daran erinnert, daß es in Belgien und Holland Städte gibt, welche die Diphtherie mit viel größerem Erfolg bekämpfen, als dies in Frankreich geschieht, dank der Überlegenheit ihrer hygienischen Organisationen.

H. Netter (Pforzheim).

Ch. Ladame, Le sédobrol. (Annales médico-psycholog. 72. 1914 Nr. 6, S. 671.) Verf. empfiehlt auf Grund eigener ausgezeichneter Erfolge das Sedobrol bei Epilepsie, das sich ihm sogar in chronischen Fällen bewährt hat. Das Sedobrol steht seiner Ansicht nach in der therapeutischen Bewertung auf gleicher Stufe wie die Toulouse-Richetsche Behandlungsmethode.

Kurt Boas.

J. Rosenbloom and **B. Cohoe,** Clinical and metabolism studies in a case of myotonia congenita — Thomsen's disease. (From the Words of St. Francis Hospital and the Biochemical Laboratory of the University of Pittsburgh.) (Archives of internal Medicine.

August 1914. Vol. 45. p. 263—274.) Die Verfasser fassen ihre Ausführungen in folgenden Schlußsätzen zusammen:

1. In einem Stoffwechselexperiment von 13tägiger Dauer in einem Falle von Myotonia congenita fanden die Verfasser, daß der Patient 20,02 mg Stickstoff verlor, während die Verteilung des Stickstoffes im Urin (Harnstoff, Ammoniak, Kreatinin, Harnsäure und unbestimmbarer Stickstoff) im Charakter normal war. Kreatin fehlte im Urin, ausgenommen nach der Verabreichung von 620 mg Eidotter.

2. In einer 10tägigen Periode wurden 0,9 mg Schwefel verloren, während die Verteilung des Schwefels im Urin (Gesamtsulfate, ätherische Sulfate, anorganische Sulfate und Neutralschwefel) im Charakter normal ist.

3. In einer 10tägigen Periode hatte der Patient ein positives Phosphorgleichgewicht von 1,5 mg. Hieraus geht hervor, daß während einer Zeit des Stickstoffverlustes Phosphor retiniert wurde. Der Wert der erdigen Phosphate und der Gesamtphosphate im Urin kann als normal veranschlagt werden.

4. In 10 Tagen wurden von dem Patienten 4,09 mg Kalziumoxyd und 0,56 mg Magnesiumoxyd verloren. Eine Retention von Phosphor, hervorgerufen durch Fütterung mit Eidotter, verursachte keine Kalziumretention.

5. Es besteht die Möglichkeit zu der Annahme, daß der Verlust von Kalzium eine Rolle spielen kann bei Hervorrufung der Symptome der Myotonia congenita.

6. Der Fettstoffwechsel war normal im Charakter mit einer Absorption von ungefähr 90 oder 91% des eingeführten Fettes.

Kurt Boas.

H. F. Hausell, Two cases of monocular optic neuritis. (Med. Record. 10. April 1915.) Verf. berichtet über zwei Fälle von monokularer Neuritis nervi optici bei jungen Mädchen. Im ersten Fall lag der Erkrankung wahrscheinlich eine Lues zugrunde, wie die erfolgreiche antiluetische Behandlung beweist.

Die Erkrankung entsteht und geht aus vom N. opticus. Sie ist meist monokular und findet sich bei jungen Individuen, besonders weiblichen Geschlechts, im Alter von 12 bis 14 Jahren vor.

Kurt Boas.

W. M. Barton, Postdiphtheric paralysis. Apparently cured by 60000 units of antitoxin. (New York med. Journ. 3. Okt. 1914.) Verf. berichtet über einen Fall von postdiphtherischer Lähmung. Drei Monate nach der Originalinjektion von 10000 Einheiten wurde injiziert, ohne daß dabei anaphylaktische Erscheinungen sich danach einstellten. Im ganzen wurden 60000 Einheiten injiziert zum Kostenpreise von 19 Dollars. Kurt Boas.

Vald. Poulsen (Däne), Erfahrungen mit Eiweißmilch durch $2^1/_2$ Jahre. (Ugeskrift for Läger. 1915 Nr. 22.) In dem Königin-Louisen-Kinderkrankenhaus wurde Eiweißmilch bei 85 Säuglingen und bei 39 Kindern über 1 Jahr als Behandlung von verschiedenen Ernährungsleiden versucht. Der Verf. gibt einen detaillierten Bericht über die Resultate für die verschiedenen Gruppen. Bei Säuglingen



beobachtete er die besten Resultate bei chronischer Dyspepsie; bei akuten Ernährungsleiden und bei Atrophia infantilis empfiehlt er die Eiweißmilch nicht. Für ältere Kinder hatte die Behandlung mit Eiweißmilch als Beikost während chronischen Dyspepsien sich besonders gut bewährt. Die angewandte Eiweißmilch war von etwas anderer Zusammensetzung als die Finkelsteinsche, speziell ist sie reicher an Kohlehydraten. Dänische Eiweißmilch enthält 3,6% Kasein (die deutsche 3%), 2,4% Fette (die deutsche 2,5%), 3,2% Kohlehydrate (die deutsche 1,5%), 0,7% Salze (die deutsche 0,5%). Der Kalorienwert der dänischen Eiweißmilch ist 560, während der Kalorienwert der Finkelsteinschen Eiweißmilch nur 420 ist. Der Unterschied der Zusammensetzung stammt teils von der verschiedenen Zusammensetzung der dänischen und deutschen Vollmilch und Buttermilch, teils davon, daß es dem Verf. nicht möglich war, die ganze Molke zu beseitigen. Rohrzucker wurde anstatt Nährzucker angewandt. Die Abhandlung wird in einer deutschen Zeitschrift veröffentlicht werden. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

W. N. Klimenko, Die wiederholte Einführung von Heilserum beim Menschen. (Russki Wratsch. 1913 Nr. 38/39.) Auf Grund eines größeren klinischen Beobachtungsmaterials und eingehender Literaturangaben faßt Verf. seine Ausführungen in folgendem zusammen:

1. Der Mensch hat in bedeutendem Maße eine gewisse Neigung zur Anaphylaxie.

2. Zur Vermeidung schwerer, selbst tödlicher Anaphylaxie ist die intravenöse Applikation von Heilserum zu verwerfen, da dieser Modus besonders gefährlich für den Organismus ist.

3. Die Einführung von Heilserum in den Rückenmarkskanal ist kontraindiziert, da selbst isotonische Flüssigkeiten eine reizende Wirkung auf die Rückenmarkshäute ausüben.

4. Die Gefahr einer schweren bzw. tödlichen Anaphylaxie ist bei intramuskulärer bzw. subkutaner Anwendung des Heilserums so gering, daß bei Indikation zur Wiederholung einer Seruminjektion letztere ohne weiteres vorgenommen werden muß.

5. Die Gefahr einer Anaphylaxie läßt sich durch Immunisierung verschiedener Tierarten, deren Serum dann zu Heilzwecken verwandt wird, noch vermindern.

6. In Anbetracht dieser Verhältnisse müssen die Fragen über den Grad der Giftigkeit der Sera verschiedener Tierarten sowie über die Spezifizität der Eiweißallexie einer weiteren genauen Bearbeitung unterzogen werden. S. Rubinstein (Riga).

M. E. Grusdeff, Die physiologische Schmalbrüstigkeit der Kinder. (Russki Wratsch. 1913 Nr. 41.) Durch Vergleichung der Messungen verschiedener Autoren ergibt sich, daß die Schmalbrüstigkeit im Schulalter keine pathologische, sondern nur eine Alterserscheinung darstellt. S. Rubinstein (Riga).



II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Außerordentliche Tagung der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz in Berlin, 13. III. 1915.

(Nach der D. m. W.)

Vorsitzender: Herr Kabinettsrat a. D. Kammerherr Dr. v. Behr-Pinnow (Berlin); Schriftführer: Oberarzt Dr. Rott (Berlin).

Heubner (Dresden): **Begrüßungsansprache.** Es sei gerade in jetziger Zeit notwendig, auf das Heranwachsen einer neuen Generation von gleicher Kraft und Leistungsfähigkeit, wie die heutige, die draußen im Felde steht, hinzuarbeiten. In den langen Friedensjahren hat sich eine gewisse ethnische und ethische Degeneration unseres Volkes bemerkbar gemacht, insofern als die willkürliche Beschränkung der Nachkommenschaft als etwas Erlaubtes oder gar Notwendiges angesehen wird. Der immer drohender werdende Geburtenrückgang erfährt durch die Abnahme der Säuglingssterblichkeit gewissermaßen einen Ausgleich, indem dadurch wohl die gleiche Höhe unserer Bevölkerungszahl erhalten wird, eine Volksvermehrung jedoch nicht eintreten kann.

v. Behr-Pinnow (Berlin): **Die Sicherung des Volksbestandes Deutschlands.** Er fordert eine einheitliche, aktive Bevölkerungspolitik durch Reich und Bundesstaaten, die von der Bedeutung und dem Werte der Familie für das Volksganze auszugehen hat und die Familie, besonders die zahlreiche Familie, in den Vordergrund stellt. Im einzelnen wünscht er neben den von ihm hier in Nr. 17 und 18 aufgestellten Forderungen: Alimentationspflicht der Kinder, Abstufung des Krankengeldes für Verheiratete und Unverheiratete, Erweiterung der Bestimmungen in den §§ 196ff. der RVO., Mutterschaftsversicherung, allgemeine Einführung der Mutter- und Säuglingsfürsorge, Reichsgesetz für das Ammenwesen, Haltekinderwesen und Generalvormundschaft, sowie Verbesserung einiger Bestimmungen über die Unterhaltspflicht unehelicher Kinder. Für die Durchführung seiner Forderungen wurden einige finanzielle Deckungsvorschläge gemacht.

Rott (Berlin): **Einfluß des Krieges auf die Säuglingsschutzbewegung.** Die Bewegung zum Schutze von Mutter und Kind ist plötzlich durch den Ausbruch des Krieges in Störung versetzt worden. Die nach Monaten zusammengestellte Säuglingssterblichkeit für 1914 ergibt für eine Reihe von Großstädten durchweg ein Ansteigen im Kriegsjahr gegenüber den Vorjahren. Der Anstieg läßt sich nicht restlos durch die heißen Tage erklären, muß vielmehr, wenigstens teilweise, mit dem Krieg in Verbindung gebracht werden. Als Ursache ist fast ausschließlich die plötzliche Verschlechterung der wirtschaftlichen Verhältnisse mit allen ihren Nachteilen für die Pflege und Ernährung der Säuglinge anzusehen. Durch Gesetz vom 4. August 1914 ist für die Kriegerfamilien, auch für die Unehelichen, eine Kriegshilfe geschaffen worden. Durchweg sind die Familien von Kriegsteilnehmern besser daran als diejenigen, die durch den Krieg erwerbslos geworden waren. Eine Abhilfe wurde durch die Einführung der Erwerbslosenunterstützung geschaffen. In einer besonderen Notlage befindet sich die Wöchnerin. Die durch die RVO. eingeführte Regelung hatte nicht nur die Leistungen der Krankenkassen für Geburt, Wochenbett und Stillzeit erweitert, sondern auch eine große Zahl von Weiblichen in die Zwangsversicherung eingereiht. Durch das Notgesetz vom 4. August 1914 sind jedoch die Hausgewerbetreibenden wieder ausgeschlossen worden. Eine teilweise Abhilfe trat erst ein, als am 3. Dezember 1914 die Reichswochenhilfe eingeführt wurde. Die offene und geschlossene Fürsorge in der Kriegszeit konnte im großen und ganzen unverändert weiter betrieben werden. Die Beratungsstellen melden in der Mehrzahl eine Erweiterung des Betriebes infolge erhöhter Frequenz. Eine Minderzahl wurde geschlossen bzw. eingeschränkt. Häufiger sind Schließungen in den Anstalten der geschlossenen Fürsorge vorgekommen, fast ausnahmslos, weil sie zu Lazarettzwecken umgewandelt wurden. Auch der Übergang zahlreicher Schwestern zur Verwundetenpflege ist im Interesse der Säuglingsfürsorge nicht zu begrüßen, zumal Pflegepersonal in Lazaretten nicht mangelte. Neugründungen fanden namentlich auf dem Gebiete des Krippenwesens statt. Dies ist durchaus nicht als erfreulich anzusehen, weil sie meist von unsachverständiger Seite ins Leben gerufen wurden und wegen Mängel der Einrichtung und des Betriebes keine guten Erfolge aufzuweisen hatten. Im allgemeinen — und das gilt für alle Für-

sorgeeinrichtungen — waren die vorhandenen vollständig in der Lage, der Nachfrage zu genügen.

Spielhagen (Berlin): **Reichswochenhilfe.** Der Bundesrat hat durch die Notverordnungen vom 3. Dezember 1914 und 28. Januar 1915 eine umfassende Wochenfürsorge, und zwar aus Reichsmitteln für die Ehefrauen der Kriegsteilnehmer, aus Mitteln der Krankenkassen für die weiblichen Versicherten ins Leben gerufen. Wird aber bei Ehefrauen von Kassenmitgliedern eine besondere Fürsorge zuteil, so können diejenigen nicht wohl leer ausgehen, welche in eigener Person Mitglieder der Krankenkassen sind. Ihre Berücksichtigung war zudem um so mehr geboten, als ein Notgesetz vom 4. August 1914, um die Leistungsfähigkeit der Kassen zu sichern, deren freiwillige Mehrleistungen und damit gerade ihre Wochenhilfe für die Kriegsdauer stark eingeschränkt hat. Bei dieser zweiten Gruppe liegt aber für ein unmittelbares pekuniäres Eintreten des Reiches kein Anlaß vor. Diesen Frauen hat daher ihre Kasse die Hilfe zu gewähren, wobei hier nötigenfalls die leistungsfähigere Versicherungsanstalt die Mittel vorschießt. Für die Auszahlung auch seiner eigenen Hilfe bedient sich das Reich der Vermittlung der überall leicht erreichbaren Krankenkassen, bei Seeleuten auch derjenigen der Seeberufsgenossenschaft. Die Leistungen gehen über die entsprechenden der Krankenversicherung hinaus insoweit, als sie nicht wie dort größtenteils nur fakultativ sind. Sie bestehen in einem Pauschalbetrag von 25 M. für die Kosten der Entbindung, einem solchen bis zu 10 M. für die etwa nötige Behandlung während der Schwangerschaft, einem baren Wochengeld auf 8 Wochen von 1 M. für jeden Tag einschließlich der Sonn- und Feiertage, sowie einem Stillgeld von täglich $^1/_2$ M. auf 12 Wochen zur Beschaffung von Stärkungsmitteln für die Mutter, solange sie ihr Kind selbst stillt. Bei voller Inanspruchnahme der Leistungen, namentlich des Stillgeldes, beläuft sich ihr Betrag im Einzelfall auf zusammen 133 M. Nach den versicherungstechnischen Berechnungen wird der Monatsaufwand für das Reich auf 2 Millionen Mark, für die Krankenkassen außerdem auf 2 bis 3 Millionen Mark geschätzt. Die Höhe des Gesamtaufwandes hängt von der Kriegsdauer ab.

Krohne (Berlin): **Die Stellungnahme und Mitwirkung des Staates bei der Mutter- und Säuglingsfürsorge.** Durch einen Erlaß des Reichsamts des Innern wurden die Standesbeamten angewiesen, ein vom Vaterländischen Frauenverein unter Mitwirkung ausgezeichneter Männer herausgegebenes Merkblatt über Säuglingspflege und -ernährung bei Anmeldung von Geburten zu verteilen und für die Verbreitung desselben Sorge zu tragen. Auch wurden vom preußischen Kultusministerium die Regierungspräsidenten und Kreisärzte angewiesen, eine Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit durch Förderung der Fürsorgebewegung, durch Aufklärung der Bevölkerung usw. in Angriff zu nehmen. Überall hatte eine erhöhte Tätigkeit auf dem Gebiete des Mutter- und Säuglingsschutzes eingesetzt, sodaß es heute sowohl in Preußen als auch in den anderen Bundesstaaten keine größere Gemeinde sowie größeren Landkreis gibt, in dem nicht mehr oder weniger Säuglingsfürsorge betrieben wird. Von erheblicher Bedeutung ist die Tätigkeit der Kreisärzte geworden, die insbesondere durch anregende Vorträge zur Aufklärung der Bevölkerung beitragen. Die Hebammen sind auf dem Gebiete des Säuglingsschutzes nicht zu entbehren, sie müssen vielmehr trotz mancher Einwendungen aus Ärztekreisen dazu herangezogen werden. Da die berufsmäßige Anstellung von Säuglingspflegerinnen wohl für längere Zeit hinaus ein frommer Wunsch bleiben wird, so sind wir hauptsächlich auf die Mitarbeit der Hebammen angewiesen. In der Ausbildung der Hebammen sind in den letzten Jahren erfreuliche Erfolge erzielt worden. In der neuen Auflage des Hebammenlehrbuches ist unter anderem ein Abschnitt über Pflege und Ernährung des Säuglings unter Mitwirkung von Kinderärzten in moderner Weise umgestaltet worden. Die Hebammen werden angewiesen, Propaganda für das Selbststillen zu machen und an der Propaganda für eine sachgemäße Ernährung und Pflege des Säuglings in den unteren Schichten der Bevölkerung mitzuarbeiten. Betreffs des Verkehrs mit Milch wurden von den preußischen Ministerien des Innern und für Landwirtschaft Grundsätze erlassen und empfohlen, neue Polizeiverordnungen zu erlassen. — Für Einrichtungen des Säuglingsschutzes ist eine jährliche, wenn auch nicht zu hohe Summe seitens des preußischen Staates bereitgestellt worden. — Auch das Haltekinderwesen ist durch eine Dienstanweisung für Kreisärzte und einen Erlaß bedacht worden. — Außer in Preußen ist auch in den übrigen Bundesstaaten auf



diesem Gebiete in den letzten zehn Jahren viel geschehen. Ähnliche Erlasse, Bestimmungen, Verordnungen usw. bestehen auch in Bayern, Württemberg, Sachsen, Baden und Hessen. Auch dort sind zahlreiche Einrichtungen für Mutter und Kind ins Leben gerufen worden.

Gottstein (Charlottenburg): **Krankenkassen und kommunale Säuglingsfürsorge.** (Verlesen durch Stadtrat Dr. Seydel, Charlottenburg): Die Pflicht zur Zahlung von Stillbeihilfen für stillende Mütter legt den Krankenkassen die Zusammenarbeit mit denjenigen Einrichtungen nahe, welche es sich zur Aufgabe gemacht haben, die Fürsorge und gesundheitliche Beratung der Mütter planmäßig zu übernehmen. Denn der Anspruch auf Stillgeld setzt den Nachweis der erfüllten Bedingung voraus, und dieser Nachweis wird zutreffender durch den Arzt der Säuglingsfürsorge erbracht, der die Mutter mit dem Kind dauernd zur Beobachtung hat, als durch den Kassenarzt. — Der Abschluß eines Abkommens zwischen Krankenkassen und kommunalen Säuglingsfürsorgestellen hat sich bei der Erkenntnis beiderseitiger Vorteile für Groß-Berlin außerordentlich leicht vollzogen. Die Fürsorgestellen übernahmen die Verpflichtung der unentgeltlichen Ausstellung der für die Krankenkassen erforderten Zeugnisse auf bestimmten Formularen, welche den Mißbrauch der Einrichtung verhinderten. Die Krankenkassen verpflichten sich andererseits zur Überweisung der unterstützungsberechtigten Frauen an die Fürsorgestellen zur dauernden Gesundheitsüberwachung. Die Erfahrungen einiger Monate können nicht als entscheidend gelten, sie zeigen aber schon heute, daß Schwierigkeiten irgendwelcher Art nicht entstanden sind. Die Maßnahme der Reichswochenhilfe ist ein Anreiz zum Selbststillen, aber die Mitwirkung der Fürsorgestellen ermöglicht überhaupt erst die Durchführung, denn ihre Organisation gestattet die Stillpropaganda schon während des Wochenbettes und ihre Beratung gewährleistet die Durchführung. Die Säuglingsfürsorge ist eine ausschließliche gesundheitliche Einrichtung. Ihre Mittel sind Beratung, Beobachtung und Verabreichung von Nahrungs- und Stärkungsmitteln, falls solche der besondere Fall erfordert. Der hygienische Charakter muß unter allen Umständen gewahrt bleiben; alles was der Einrichtung den Charakter der materiellen Unterstützung aufprägen könnte, muß ausgeschlossen sein. Die Säuglingsfürsorgestelle steht jeder Frau offen, welche sich der Bedingung regelmäßiger Vorstellung unterwirft. Die Krankenkassen geben ihre Wochenhilfe in barem Gelde, und es fehlt dadurch die Möglichkeit einer Prüfung, ob diese Form der Unterstützung wirklich jedesmal dem gewollten Zweck zugute kommt. Für die Säuglingsfürsorge könnte es in Zukunft störend wirken, falls die Zahl der von der Krankenkasse überwiesenen Frauen zunehmen sollte, daß zwei Gruppen ratsuchender Mütter verschieden behandelt werden. Diese Unstimmigkeit wäre durch ein Abkommen leicht zu beseitigen. Daß es die einzige bisher beobachtete ist, beweist nur die Zweckmäßigkeit des Zusammenarbeitens.

Aus anderen Vereinen und Versammlungen.

Brühl und Schorsch: **Fürsorge der Stadt Berlin für schwerhörige und ertaubte Schulkinder.** Brühl: Es empfiehlt sich unter allen Umständen, die nur schwerhörigen Kinder von den tauben zu trennen. Es besteht in Berlin eine Organisation, um in den städtischen Schulen hochgradig schwerhörige Kinder zu ermitteln, zu untersuchen und in besonderen Klassen zu unterrichten. Seitens des Magistrats ist eine Untersuchungskommission, aus Brühl und Schorsch bestehend, eingesetzt worden, der die einschlägigen Fälle zur Begutachtung vorgeführt werden. In den Jahren 1912 und 1913 wurden alle im Unterricht zurückbleibenden Volksschulkinder, bei denen der Verdacht einer Schwerhörigkeit vorlag, systematisch untersucht. Unter 1304 als schwerhörig gemeldeten Kindern fand man 168 mal Ohrenschmalzpfröpfe, 404 mal akute Mittelohrkatarrhe und 386 mal chronische Mittelohreiterungen. Die letztgenannte Erkrankung bildet das hauptsächlichste Kontingent für unheilbare Schwerhörigkeit der Schulkinder und gibt am häufigsten Veranlassung zur Umschulung in die Schwerhörigenschule. Als Indikationen kommen hierfür in Betracht: 1. Zurückbleiben der Kinder (Sitzenbleiben) in der Volksschule, 2. Unheilbarkeit der die Schwerhörigkeit bedingenden Ohrenerkrankung, 3. Hochgradigkeit der Hörstörung. Gewöhnlich kommen Kinder, die auf beiden Ohren die Umgangssprache aus einer Entfernung unter $2^1/_2$ m (Flüstersprache auf 0,5 m) nicht hören können, in der Volksschule nicht mit. Als Minimalgrenze für die Schwerhörigenschule darf das Hören lauter Sprache am

Ohr gelten. Ist eine Verständigung mittels des Ohres unmöglich, so kommt die Taubstummenschule in Betracht, auch wenn das Kind nicht völlig taub ist. Von 1304 als schwerhörig vorgeführten Kindern wurden 238 für die Schwerhörigenschule vorgeschlagen, so daß in derselben jetzt über 300 Kinder unterrichtet werden. In drei vollständigen Schulen — eine vierte ist in Bildung begriffen — werden die Kinder mit Rücksicht auf ihr Gehör, ihre Sprachmängel unterrichtet. Der Absehunterricht ergänzt den durch das Ohr erteilten Unterricht, so daß die Kinder, trotz ihres Hördefekts, die gleiche geistige Ausbildung erhalten wie die normal hörenden Kinder. Auch in den Taubstummenanstalten, in denen nach Einrichtung der Schwerhörigenschulen total taube oder Kinder ohne Wort- und Satzgehör aufgenommen werden, nimmt man auf die Hörweite im Unterricht Rücksicht; der Unterricht muß aber in diesen Anstalten — im Gegensatz zu den Schwerhörigenschulen — hauptsächlich auf anderen Wegen erfolgen als durch das Ohr. Von Bedeutung ist die Prophylaxe; vor allem rechtzeitige Behandlung der chronischen Mittelohreiterung!

Schorsch: Um die Schwerhörigen zu ermitteln, mußte die Mitwirkung der entsprechend orientierten Rektoren und Lehrer in Anspruch genommen werden; auch auf die Eltern wurde aufklärend eingewirkt. Eingehend besprach der Vortragende die für Taube und Schwerhörige jeweilig erforderlichen Unterrichtsmaßnahmen: A. Für Taubstumme: 1. Der Kindergarten für Taubstumme, 2. die Taubstummenschule, 3. die Fortbildungsschule für taubstumme Jünglinge und Mädchen, 4. geistige Fürsorge für erwachsene Taubstumme; B. für Schwerhörige: 1. Schwerhörigenschule mit 27 Klassen, 2. Fortbildungsschulklasse für Schwerhörige (ist beantragt), 3. für die schwerhörigen Schüler höherer Lehranstalten wäre die Organisation eines Absehunterrichts erstrebenswert; C. Für die in der Normalschule bleibenden schwerhörigen Kinder sind Absehkurse in Aussicht genommen. Die Kinder erhalten in der Klasse einen geeigneten Platz. In der pädagogischen Sprechstunde des Direktors ist den Eltern tauber und schwerhöriger Kinder vorschulpflichtigen Alters Gelegenheit geboten, sich über die unterrichtlichen Veranstaltungen Rat zu holen.

Diskussion. Senator betont die Notwendigkeit, etwaige Refraktionsanomalien des Auges auch bei Kindern mit mäßiger Schwerhörigkeit zu korrigieren.

Herzfeld erwähnt, daß bei Taubstummen trotz absoluter Unerregbarkeit des Vestibularis noch Hörreste bestehen können, und empfiehlt, statt der praktisch wenig brauchbaren Untersuchung mittels der kontinuierlichen Tonreihe, die Vornahme von Hörprüfungen mit zugewandtem Gesicht im Hinblick darauf, daß das Absehen die Perzeption erleichtert.

Beyer fragt, ob die Stadt Berlin auch auswärtige Kinder in ihre Schwerhörigenschulen aufnimmt.

Müller erwidert, daß dies nur ausnahmsweise geschieht.

Wende berichtet eingehend über die Verhältnisse an der Königlichen Taubstummenanstalt und weist u. a. darauf hin, daß Kinder, die später ertaubt sind, der Fürsorge und Absonderung noch viel mehr bedürfen als die mit geringen Hörresten begabten.

Halle regt möglichst frühzeitige Fürsorge an.

Haenlein hält gleichfalls die kontinuierliche Tonreihe zu Prüfungszwecken für ungeeignet und kritisiert die Münchner Verhältnisse.

Brühl (Schlußwort) stimmt bezüglich der Prüfungsmethoden mit Herzfeld und Haenlein überein, empfiehlt aber, bei der Prüfung mittels der Sprache das Gesicht abzukehren, weil ja auch der Lehrer nicht immer sein Gesicht den Schülern zuwendet. Im übrigen muß die kontinuierliche Tonreihe als unentbehrlich zur Vermeidung von Täuschungen gelten. Man kann im allgemeinen bei Kindern, die man noch nicht genau auf Hörreste untersuchen konnte, auf vollkommene Taubheit schließen, wenn sich der Vestibularis als unerregbar erweist.

Schorsch (Schlußwort) empfiehlt zur Regelung der Taubstummenfürsorge die Einsetzung einer einheitlichen Schulbehörde im Bezirk des Groß-Berliner Zweckverbandes. (Berliner otolog. Gesellschaft, 27. März 1914.)

Göppert: a) **Genickstarre mit Verschluß der mittleren und der seitlichen Öffnungen des vierten Ventrikels.** — b) **Kleinhirntumor.** a) Bei dem $^3/_4$jährigen Kinde war intraspinale und später intrakranielle Serumbehandlung ohne Einfluß auf den Eitergehalt der Punktate. Am dritten Behandlungstage im Ventrikelpunktat, das vollständig gerann, noch etwa 1:20 verdünntes Pferdeserum nach-

zuweisen (nachgewiesen durch Präzipitinreaktion). An diesem Tage Ventrikeldruck um 26 cm über einer gleichen Horizontalebene höher als der Spinaldruck. Vom nächsten Tage an Spinalpunktion stets negativ. Tod 17 Tage später. Foramina Luschkae durch fibrinöse Degeneration des Arachnoidealraums verschlossen, Foramen Magendi offen, aber die vorlagernde Zisterne durch teilweise Verwachsungen am Rande in der Ausdehnung stark reduziert und mit zum größten Teil fibrinös umgewandeltem eitrigen Sekret erfüllt (Injektionspräparate).

b) Nach unbestimmten Krankheitserscheinungen traten Mitte März bei dem 8jährigen Kinde Kopfschmerzen, Schwindel und Erbrechen auf, sobald man den Kopf nach hinten neigte. Die gleichen Attacken zeigten sich, sobald das Kind sich horizontal hinlegte, schnell bewegte und umdrehte. Diese Verschlimmerung scheint ziemlich rasch während einer akuten Bronchitis eingetreten zu sein. Die Untersuchung vom 19. bis 21. Mai ergab: Von allgemeinen Hirnerscheinungen Stauungspapille, Schüttern bei Beklopfen des Schädels, geringes Kernigsches Symptom. Auffällig ist das Auslösen von Erbrechen und Kopfschmerz durch die eben beschriebenen Haltungen und durch ein- bis zweimaliges Drehen nach rechts oder links, mehr aber durch Drehen nach links. Kein Flankengang, keine Areflexie der Cornea. Gehen und Stehen bei geschlossenen Augen mitunter fast gar nicht, mitunter etwas stärker gestört. Ein Taumeln nach rechts nur an einem einzigen Vormittag deutlich. Sehr unbedeutende Hypotonie des rechten Arms und Beins. Rechter Kniereflex gegen links abgeschwächt. Geringe Adiadochokinesis der rechten Zehen, kaum der rechten Finger. So waren die gewöhnlichen Kleinhirnsymptome kaum wahrnehmbar. Dagegen bestand schon seit dem 12. Mai ein rechtsseitiger Schiefhals, der leicht und ohne Schmerzen ausgeglichen werden konnte, sich aber im Laufe einer Minute immer wieder einstellte. Auf dieses Symptom hin wurde die Diagnose Erkrankung in der Gegend des rechten Kleinhirns, wahrscheinlich Tumor, gestellt. Die in der Chirurgischen Klinik vorgenommene Kleinhirnpunktion verlief negativ, Palliativtrepanation. Nach einigen Stunden trat trotzdem der wegen der Angstzustände, die das Kind beim Hinlegen zeigte, längst erwartete Exitus plötzlich ein.

Böhm: Der Tumor nimmt fast die ganze rechte Kleinhirnhemisphäre ein und hat auch auf die Pyramis vermis übergegriffen. Im Bereich des Lobulus biventer ist die Rinde zerstört. — Mikroskopisch handelt es sich um ein sehr zellreiches Gliom mit starker Gefäßentwicklung und ausgedehnten Blutungen. Soweit nach der vorläufigen Untersuchung zu beurteilen ist, liegt rein expansives Wachstum vor. — Von der übrigen Sektion ist ein ziemlich starker Hydrocephalus internus erwähnenswert.

Blühdorn: **Biologie der Darmflora des Säuglings.** Vortragender berichtet über einen Teil von Untersuchungen, die in kurzem ausführlich mitgeteilt werden sollen. Er hat Versuche über die Einwirkung verschiedener organischer Säuren (Milchsäure, Buttersäure, Essigsäure, Bernsteinsäure) und der Phosphorsäure auf das Wachstum von Stuhlbakterien angestellt und dabei gefunden, daß die Milchsäure am stärksten bakterienhemmend wirkt. In den sauren Nährgemischen fand sich fast regelmäßig eine rein Gram-positive Flora (Streptokokken und Streptobazillen, sogenannte Acidophili), während in den Kontrollen das Bild der ursprünglichen Ausgangsflora hervortrat. Vortragender neigt nach diesen Resultaten zu der Anschauung, daß die für die Ätiologie von Darmkatarrhen verantwortlich gemachten Streptokokken und Streptobazillen nicht die primäre Ursache von Enteritiden sind, sondern nur deshalb oft angetroffen werden, weil sie bei saurer Reaktion die überlebenden Bakterien sind. Er geht sodann auf die Wirkungsweise der niederen organischen Säuren auf den Darm ein (Versuche von Bokay, Bahrdt und Bamberg), wobei gefunden wurde, daß die Milchsäure am wenigsten peristaltikbefördernd und schädigend wirkt. Er berichtet weiter über eigene Versuche, die sich auf die von den Bakterien gebildeten Säuren beziehen, und führt Untersuchungsergebnisse anderer Autoren an. Er hält die neuerdings wieder von Bahrdt und Mc Lean ausgesprochene Ansicht, daß niedere Säuren ätiologisch für die Entstehung von Darmkatarrhen in Frage kommen, für in hohem Grade wahrscheinlich. Zum Schluß weist er auf die Bedeutung der Milchsäure, die einerseits stark bakterizid, andererseits wenig darmreizend wirkt, hin und die man vielleicht therapeutisch unter bestimmten Indikationen mit Erfolg wird anwenden können, worauf etwas näher eingegangen wird.

(Mediz. Gesellschaft Göttingen, 11. April 1914.)

III. Therapeutische Notizen.

Dispargen, ein neues Silberkolloid. Von Dr. H. Wirgler (Chirurg. Universitätsklinik Graz). Dieses Mittel, von der Chem. Fabrik Reisholz in Düsseldorf hergestellt, hat noch bessere Wirkung als Elektrargol, ist billiger als dieses und gibt größere Dosierungsfreiheit, da Elektrargol nur in Phiolen mit 5 ccm Inhalt in den Handel kommt, während Dispargen in beliebig großen Phiolen und beliebigem Prozentgehalt geliefert wird. Nach der Injektion erfolgt langsamer Anstieg der Temperatur, bis diese nach etwa 2 Stunden den Höhepunkt erreicht. Die Temperatursteigerung beträgt durchschnittlich 1 bis $2^1/_2{}^0$. Während dieser Zeit oft Schüttelfrost von 10 bis 20 Minuten Dauer. Hierauf langsamer Abfall der Temperatur, die nach 6 Stunden die normale Höhe, manchmal sogar subnormale Werte erreicht. Die besten Wirkungen des Dispargens wurden bei rechtzeitiger Anwendung im Beginn einer septischen Erkrankung beobachtet; in solchen Fällen genügt oft eine Injektion, um die Temperatur auf normale Höhe herabzudrücken und auch bis zur vollständigen Heilung festzuhalten, wobei auch die lokalen Krankheitserscheinungen rasch zum Abklingen gebracht werden. Man injiziere intravenös! In der ersten Einspritzung 2 ccm einer $2^0/_0$igen Lösung (= 0,04 Dispargen), in den folgenden Einspritzungen 5 ccm der gleichen Stärke. Bei Kindern beginne man mit 1 ccm der $2^0/_0$igen Lösung. Nicht nur bei septischen Wunderkrankungen, sondern auch bei puerperalen Prozessen, Erysipel, Typhus, Tetanus, Meningitis beste Erfolge!

(Feldärztl. Beil. z. M. m. W. 1915 Nr. 25.)

Die Behandlung lymphatischer und tuberkulöser Kinder mit Sudanseife empfiehlt Dr. G. Leiser (Berlin) auf Grund seiner Erfahrungen. Die Seife (Krewel & Co., Cöln) enthält 80 Teile Sapo kalin. med., $17^0/_0$ Sapen und $3^0/_0$ Sulfur. praecip. und stellt eine leicht verreibbare, gelbliche Salbenmasse dar.

(M. Kl. 1914 Nr. 48.)

Zur Therapie der Pertussis. Von Dr. Staedler (Collex-Bossy). Seit Jahren wird Vaporin (Krewel & Co., Cöln), eine Mischung von Kampfer, Eukalyptus, Ol. pin. silv. und Naphthalin, bei Keuchhusten mit bestem Erfolge angewandt (mit Wasser zwei- bis dreimal täglich Verdampfung im Zimmer). Verf. bezeichnet es auch als sicheres Prophylaktikum: wenn man in einer Familie, in der Schule beim ersten Krankheitsfall die Methode anwendet, wird kaum jemand mehr erkranken. (Fortschr. d. Med. 1914/15 Nr. 40/41.)

Eine neue Methode der Blatternbehandlung. Von Dr. F. Traeger (Städt. Krankenhaus Kaaden). Eine Frau, welche im Stadium suppurationis am zweiten Tag eingebracht wurde, brachte Verf. auf den Gedanken, ob man nicht die bekannte Mischung Alkohol rectificatus und essigsaure Tonerde verwenden könnte. Verf. hatte mit dieser Mischung seit Jahren schon manchen schönen Erfolg erzielt und dachte sich, wenn unter Umschlägen mit dieser Mischung Abszesse und entzündete Lymphdrüsen von Haselnußgröße unter einer dicken Haut zum Schwinden gebracht werden können, so müßten doch auch die Effloreszenzen der Variola, die ja nur von einer ganz dünnen Epidermis bedeckt sind, erst recht gut beeinflußbar sein. Verf. ordnete erst Umschläge mit Alkohol rectificatus 1000 und essigsaure Tonerde 50 an, mit welcher Lösung Watte befeuchtet, über die Stirn gelegt und mit Billrothbatist bedeckt wurde. Er ließ außerdem die Brust, die Bauchhaut und den Rücken durch 3 Stunden mit diesen Umschlägen abwechselnd behandeln, und schon am nächsten Tage bemerkte er ein besonders günstiges Wohlbefinden der Frau mit Nachlaß des Fiebers. Am zweiten Tage verloren die Blasen ihren Glanz, am dritten Tage zeigte sich deutliche Schrumpfung, am vierten Tage waren schon viele Effloreszenzen verschwunden. Im Verlaufe der nächsten Tage war von den ursprünglich vollständig ausgebildeten Blattern nichts mehr zu sehen als ein livid gefärbter Fleck; es hatten sich nicht einmal Borken gebildet. Während der Behandlung dieses Falles brach im Waisenhause eine kleine Epidemie aus. Es erkrankten im Verlaufe von zwei Tagen 13 Knaben und 1 Mädchen an echten Blattern, darunter einige Fälle von Variola confluens, durchweg schwerere Fälle mit drei Ausnahmen. Auch hier wurde bei sämtlichen Kindern dasselbe Verfahren eingeleitet und mit glänzendem Erfolg. Die Kinder, die schon teilweise bis 39,5 fieberten, verloren ihr Fieber im Verlaufe von zwei Tagen, die Effloreszenzen bildeten sich genau, wie oben geschildert, in rascher Zeit zurück, ohne in den meisten

Fällen zur Narbenbildung zu führen. Das zum Teil getrübte Bewußtsein hellte sich am dritten Tag auf. Sämtliche 9 schwere Fälle sind soweit hergestellt, daß statt der Blasen nur noch einzelne kleine Borken die Blattern bedecken. Die meisten Blasen sind jedoch selbst ohne Spur von Borken verschwunden und haben meist gar keine Narben hinterlassen, bloß in einem einzigen Falle sind kleine hirsekorngroße Vertiefungen der Haut im Gesichte bemerkbar. Und was das ganz Wunderbare an dieser Behandlung ist, daß die Kleinen wohl im Anfang, am Beginn des Überschlages über etwas Brennen klagten, der aber später eine direkte schmerz- und juckenstillende Wirkung ausübte, so daß die meisten Kinder, auch ganz kleine, selbst zur Fortsetzung der Überschläge aufforderten.

(Ther. d. Gegenw. 1915 Nr. 5.)

Behandlung des Keuchhustens durch intramuskuläre Injektionen von Hydrochininum hydrochloric. empfiehlt W. Löhr (Diakonenkrankenhaus Duisburg). Er benutzte des Präparat der Firma Zimmer & Co., Frankfurt a. M., und gibt folgendes Rezept:

Rp. Hydrochinin. hydrochloric. 5,0
Aq. dest. 55,0
Natr. chlorat. puriss. 0,4.

Am besten intravenöse Injektion; bei Kindern muß man sich mit der intramuskulären begnügen (Liebergsche Spritze, Ort: äußeres Drittel der Linie, gezogen von der Spina ilei anter. super. zur Spitze des Kreuzbeins, also Bereich des Glutaeus med.), die aber auch sehr wirksam ist. Mehr als 6 Injektionen an 6 aufeinanderfolgenden Tagen nicht nötig. Dann ist schon ein erträglicher Zustand geschaffen, Nachlassen des Erbrechens und Hebung des Allgemeinbefindens erreicht. In allen 51 Fällen gelang es, den Krankheitsverlauf milder zu gestalten und die Heilungsdauer abzukürzen. Bei früher Behandlung kommt es überhaupt nicht zur Entwicklung des Krampfhustenstadiums; ist dieses aber da, dann wird Zahl und Heftigkeit der Anfälle gemildert, die Krankheit meist in 10 Tagen zum Stillstand gebracht. Das Präparat ist unter dem Namen „Tussalvin" in Ampullen zu haben (Simons Chem. Fabrik, Berlin C 2, Probststraße), und zwar in Ampullen zu 0,02 (Säuglinge von 3 bis 4 Monaten), 0,05 (Kinder von 4 bis 8 Monaten), 0,1 (9 bis 15 Monaten), 0,15 (im 2. Jahr), 0,2 (im 3. Jahr), 0,25 (größere Kinder und Erwachsene). (M. Kl. 1914 Nr. 45.)

Gelonida Aluminii subacetici (Goedecke) und Oxyuriasis. Von Dr. W. Th. Schmidt (Stettin). Man läßt den Erwachsenen dreimal täglich ein Gelonid Nr. 1 à 1 g nehmen. In Fällen, wo gleichzeitig eine abführende Wirkung erwünscht ist, gibt man ein Gelonid à 1 g von Nr. 3, das einen leichten Zusatz von Aluminiumsulfat und Phenolphthalein enthält. Kinder ließ Verf. im allgemeinen dreimal täglich 0,5 g (Nr. 1 oder Nr. 3) per os nehmen. Da nun aber aus leicht erklärlichen Gründen das Mittel nur den oberen Teil des Darms unzersetzt erreicht, ist es nötig, um auch im Dickdarm die Würmer abzutreiben bzw. zu vernichten, gleichzeitig die Gelonida Aluminii subacetici vom After her in Form von Einläufen zu geben. Die Madenwürmer verlassen besonders des Abends den Darm und verursachen dann am After das heftige Kribbeln. Es ist deshalb am zweckmäßigsten, den Einlauf tunlichst vor dem Schlafengehen zu machen, und zwar im Anfange der Kur täglich, später genügt es, wenn er jeden zweiten Tag vorgenommen wird. Da das Klysma einerseits möglichst groß gemacht werden soll und andererseits auch nicht zu kurze Zeit im Darme bleiben darf, so empfiehlt es sich, das Klystier zu verabfolgen, nachdem vorher eine Entleerung spontan oder auf Reinigungsklysma hin erfolgt war. Man läßt dann für Kinder einen Einlauf von etwa $^1/_2$ l stubenwarmen Wassers (schon unter 30° C temperiertes Wasser tötet gewöhnlich die Würmer schnell!), dem $^1/_2$ g Gelonid beigesetzt ist. Für Erwachsene nimmt man einen Einlauf von mindestens 1 l Wasser mit 1 g Gelonida. Der Pat. soll den Einlauf mindestens 5 Minuten lang bei sich behalten. Es hat sich die Therapie auf einen Zeitraum von 8 bis 10 Tagen zu erstrecken. Finden sich dann noch im Stuhl Würmer und am After bzw. Analabschabsel Eier, so ist sie weiter fortzusetzen. In der Regel ist der Erfolg in etwa 14 Tagen erreicht.

(M. Kl. 1915 Nr. 27.)

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

20. Jahrgang. Oktober 1915. Nr. 10.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Bergmarck (Upsala), Zuckerresorption und Blutzuckerspiegel. (J. f. K. 30. S. 373ff.) Um die Resorptionsgeschwindigkeit aus dem Darmkanal zu studieren, benützte Verf. das Verhalten des Blutzuckerspiegels nach Zufuhr verschiedener Zuckerarten. Es wurden untersucht: Dextrose, Lävulose, Laktose, Maltose und Saccharose nach der Mikromethode von Bang. Es ergab sich folgendes Resultat: eine Erhöhung des Blutzuckerspiegels beweist eine stattgefundene Resorption, hingegen beweist umgekehrt ein Absinken desselben nicht eine Verminderung der Resorptionsgeschwindigkeit aus dem Darmkanal. Der Verlauf des Blutzuckerspiegels ist also kein Indikator für die Resorptionsgeschwindigkeit.
Husler (München).

Marc. Paunz, Über den Durchbruch tuberkulöser Tracheobronchialdrüsen in die Luftwege bei Kindern. (Ebenda. 30. S. 386ff.) Verf. bringt in eingehender Beschreibung 3 Fälle von Perforation tuberkulöser Drüsen in die Luftwege. Für die Symptomatologie der stattgehabten Perforation erscheint besonders wichtig das „Anschlagegeräusch“, die Entleerung käsiger Massen unter schweren Erstickungsanfällen neben den übrigen diagnostischen Befunden, insbesondere dem Radiogramm; endlich als unentbehrlich für die Diagnostik die direkte Tracheobronchoskopie. Therapeutisch ist für die Fälle einfacher Kompression der Luftwege durch Drüsenpakete abwartendes Verhalten zu empfehlen, bei Erwachsenen und größeren Kindern ev. Mediastinotomie, falls Lebensgefahr besteht. Ist die Diagnose eines Durchbruchs gesichert, dann muß die Fremdkörpertherapie in ihr Recht treten, also sofortige Tracheotomie mit nachfolgender unterer Tracheobronchoskopie. Die Prognose der behandelten Perforation ist quoad vitam gut, fällt im übrigen mit der der Tuberkulose überhaupt zusammen. Husler (München).

J. Vas, Beiträge zur Physiologie der Sehnenreflexe im Säuglings- und Kindesalter. (Ebenda. 30. S. 423ff.) Reflexprüfungen an einer größeren Zahl von Säuglingen und jüngeren Kindern. Es wurde festgestellt, daß der Kniereflex, ebenso wie der Achillessehnenreflex, wie beim Erwachsenen konstant anzutreffen ist, ja bei Säuglingen sogar schon von der Geburt an. In den seltenen Fällen mit Fehlresultat sind stets äußere Ursachen (Technik, Unruhe des Kindes u. a.) schuld. Husler (München).

A. O. Karnitzky, Die Zusammensetzung des Blutes und die Konstitution des kindlichen Körpers im Zusammenhang mit seiner Ernährung und seinem Gewicht. (Ebenda. 30. S. 429ff.) Wachstum und Entwicklung der Kinder muß nach der individualisierenden physiologisch-klinischen Methode, nicht nach generalisierender statistischer beobachtet werden. Das Wachstum ist mit 17—18 Jahren, nicht erst mit 25 abgeschlossen. Die Jahreszeiten haben Einfluß auf Wachstum und Entwicklung der Kinder. Es gibt mehrere Wachstumstypen. Beim normalen Typus gehen Wachstum und Entwicklung quantitativ und qualitativ fast immer parallel; bei den pathologischen Formen besteht kein Parallelismus zwischen Gewicht, Ernährung und Blutzusammensetzung. Die beiden letzteren Faktoren zeigen Schwankungen, und zwar entweder ohne oder mit sichtbaren Störungen der korrelativen Funktionen im wachsenden Organismus. Die Beobachtung von W. Camerer, daß das rationell und rechtzeitig beigenährte oder abgestillte Brustkind eine Herabsetzung der Gewichtskurve erleidet, ist nicht zutreffend. Die Zahnung ist ein physiologischer Akt und hat keine Beziehung zu den Erscheinungen, die manchmal zu dieser Zeit vorkommen. Beinahrung und Entwöhnung wirkt als causa efficiens bei pathologischen Formen des Wachstums und der Entwicklung. Es existiert ein Zusammenhang zwischen der Energie der Konstitution des Kindeskörpers und seiner Blutzusammensetzung.

Husler (München).

F. Weihe und **J. Schürer,** Über die Ruhr der kleinen Kinder. ((Zschr. f. Kindhlk. 10. H. 1. S. 36.) Im Laufe des Sommers 1913 kamen in der Kinderklinik des städtischen Krankenhauses in Frankfurt a. M. 22 Fälle von Enteritis follicularis und Ruhr zur Beobachtung. 18mal fanden sich Pseudodysenteriebazillen im Stuhl, 3 weitere Fälle standen im engsten epidemiologischen Zusammenhange zu bakteriologisch sichergestellten Ruhrerkrankungen, so daß die Ätiologie nur in 1 Fall ungeklärt blieb. Bei 51 Kindern, die an Dyspepsie oder anderen alimentär oder parenteral bedingten Darmstörungen litten, wurden diese Bazillen niemals gefunden. Verf. glauben aus ihren Beobachtungen den Schluß ziehen zu dürfen, daß die Enteritis follicularis, wenigstens in der Mehrzahl der Fälle, durch Bazillen der Ruhrgruppe verursacht wird. Jedenfalls ist bei allen Darmerkrankungen der Säuglinge, die mit blutig-eitrigen Stühlen einhergehen, der Verdacht auf Dysenterie so dringend, daß strengste Isolierung erforderlich ist. Die bakteriologische Diagnose ist nur bei Verarbeitung ganz frischer Stuhlgänge möglich. Schick.

Saito Hideo, Klinische Beiträge zur Kenntnis der Röteln. (Ebenda. 10. H. 1. S. 54.) Die Inkubationsdauer der Röteln liegt zwischen 15—23 Tagen. Die Temperatursteigerung über 38° kommt bei den Röteln sowohl im Prodromalstadium als auch in der Eruptionszeit nicht selten vor; die Zeitdauer derselben ist nicht länger als 3 Tage, meist geht sie binnen 2 Tagen rasch zurück. Das eigentümliche papulöse Exanthem, welches von deutlich anämischem Hof umgeben ist, scheint den Röteln ziemlich charakteristisch. Lymph-

drüsenschwellung ist ein fast konstantes Symptom der Röteln. Milzschwellung tritt nicht selten auf. Diazoreaktion, Indikan- und Albuminurie werden vorübergehend bei Röteln beobachtet. Leichte Verminderung des Hämoglobingehaltes des Blutes imAbblassungsstadium, Steigerung der Zahl der neutrophilen Zellen und zugleich eine Verminderung der Leukozyten im Höhestadium des Exanthems werden bei den Röteln konstatiert. Eosinophilie kommt bei den Röteln häufig, meist in den Abblassungszeiten vor. Schwankungen in der Gesamtzahl der Leukozyten sind bei den Röteln nicht gesetzmäßig. Eine fast verschwundene Tuberkulin-Kutanreaktion bei vorhandener Tuberkulose kann bei den Röteln im Höhestadium des Exanthems wieder deutlich werden. Schick.

Grete Singer, Das thyreo-parathyreo-thymische System und das Abderhaldensche Dialysierverfahren. (Ebenda. 10. H. 1. S. 71.) Untersuchung des Serums von 47 Kindern im Alter von 6—12 Jahren auf seine abbauende Kraft gegen verschiedene Organe. 8mal wurde Thyreoidea allein abgebaut, in 9 Fällen wurde Thymus allein abgebaut, in 5 Fällen Thyreoidea und Thymus, 1mal Thymus und Epithelkörperchen, 2mal wurden Nebennieren abgebaut. Die aufgestellten Kontrollen waren stets negativ. Schick.

O. Reinach, Kasuistik aus der Pathologie des Säuglingsalters. (Ebenda. 10. H. 2, 3 u. 4. S. 81.) 1. Thromboarteriitis des proximalen Teils der linken Nabelarterie. Thrombose des proximalen Teils der Nabelvene. Hypertrophie der Blasenwandung. Zystenniere. Erweiterung beider Ureteren. Chronisches intrauterines Nierenleiden, Schrumpfniere, Phimosis. Eitrige Infiltration des Gewebes und der beiden Glandulae submaxillares.

Frühgeburt, 3' Wochen, scheinbar gesund, nur erschwertes Schlucken bemerkt, manchmal mit Stickanfällen bei immer aufgetriebenem Leibe. 3 Tage vor der Aufnahme bei eingesunkenem Leib Verfall und Blässe. Bei der Aufnahme schwerer Allgemeinzustand, Abdomen meteoristisch aufgetrieben. In der Blasengegend eine derbe, hühnereigroße Schwellung fühlbar, die zeitweilig ihre Form ändert. Trotz Urinierenlassen besteht die Geschwulst unverändert fort. Nabel sezerniert schleimig-gelbliche Flüssigkeit.

2. Diffuse, fibrinös eitrige exsudative Peritonitis bei eitriger Thrombophlebitis der Nabelvene, und zwar des proximalen, der Leber benachbarten Teils, des Gefäßhauptstammes an der Unterfläche der Leber sowie der Hauptäste. (Im Ausstrich aus dem Eiter Streptokokken.) Dilatation des Herzens. Parenchymatöse Degeneration des Myokards. Trübe Schwellung von Leber und Nieren. Katarrhalische Gastroenteritis. Anamnestisch ist erwähnt, daß das Kind seit Geburt nicht so kräftig saugt wie das erste Kind, daß es weniger schläft und sehr unruhig ist und meist fahle Gesichtsfarbe zeigt, Leib war in letzter Zeit auffallend groß, zeitweise Fieber.

3. Ulcus duodeni (abgel. Melaena); hochgradige Anämie infolge wiederholter Blutungen. Akute eitrige Bronchitis und abszedierende Bronchopneumonie mit fibrinöser Pleuritis der rechten Lunge. Das

Kind hatte nach der Geburt 4 Tage hindurch dauernde häufige Darmblutungen (Melaena), die auf Injektion Merckscher Gelatine und Behrings Heilserum sistierten. Pat. wurde sehr anämisch.

4. Tödliche Ascaridiasis bei 4 Monate altem Kinde. Follikuläre Enteritis. Hochgradige Anämie. Schick (Wien).

J. C. Schippers, Zur sogenannten Rumination im Säuglingsalter. (Ebenda. 10. H. 2, 3 u. 4. S. 92.) Verf. beobachtete 2 Fälle, die günstig verliefen. Der eine Fall heilte ohne besondere Eingriffe bei einfacher Milchernährung, der zweite durch Ersatz der flüssigen Nahrung durch Bohnenpüree. Schick (Wien).

Karl Beck, Weitere Erfahrungen mit Rosenbachschem Tuberkulin bei der kindlichen Tuberkulose. (Ebenda. 10. H. 2, 3 u. 4. S. 101.) Verf. hat 45 Säuglinge und Kinder im Alter von 2 Monaten bis $13^1/_2$ Jahren mit Rosenbachschem Tuberkulin behandelt. 17 Kinder litten an Drüsentuberkulose, 11 an Knochenkaries, 6 an Lungentuberkulose, 5 an Peritonitis, 4 an Meningitis, 2 an allgemeiner Tuberkulose. Am besten eigneten sich zur Behandlung Fälle von leichter, röntgenologisch nachweisbarer Bronchialdrüsentuberkulose. Die Fälle von Meningitis und allgemeiner Tuberkulose starben, bei den ersten war auffällig der Abfall der Temperatur, das Verschwinden der Unruhe und das Hintanhalten von Krämpfen. Schick (Wien).

Franziska Cordes (Dresden), Zur Psychose im Kindesalter. (Kind.-A. 1915. Nr. 6.) In der Literatur der letzten 5 Jahre findet Verf. außer einer Sammelarbeit von Kirchberg über das Thema nur noch einen von Mayer beschriebenen Fall einer Psychose mit heftigen Sinnestäuschungen, Grimassen, Stereotypien bei einem 5jährigen Mädchen, vom Verf. selbst als Dementia praecox bezeichnet.

Diese Tatsache und die Wichtigkeit der möglichst frühzeitigen Erkennung geistiger Störungen, um auf dieser Kenntnis vielleicht eine Prophylaxe aufbauen oder überhaupt für diese etwas lernen zu können, veranlaßte Verf., in kurzen Zügen wiederzugeben, was ihr die Durchsicht des reichen Krankenmaterials der städtischen Heil- und Pflegeanstalt zu Dresden in den letzten fünf Jahren bot. Die Durchsicht der Statistik bestätigte die Annahme, daß im Kindesalter beginnende Psychosen sehr selten sind.

Auf eine Aufnahme von 685 Männern und 460 Frauen im Jahre 1909 kamen nur 26 Aufnahmen unter 16 Jahren, 1910 auf 680 Männer, 493 Frauen ebenso 44, 1912 auf 742 Männer, 584 Frauen 35, 1913 auf 744 Männer, 479 Frauen 33, 1914 auf 692 Männer, 495 Frauen 36, oder prozentual 1909 = 2,27%, 1910 = 3,75%, 1912 = 2,63%, 1913 = 2,69%, 1914 = 3,03%. Also bleibt die höchste Zahl unter 4%, und diese Zahl schließt nicht nur alle zur Aufnahme gekommenen Fälle ein, was da sind Hysterische, Imbezillen, Epileptische, juvenile Paralyse, sogar einen pathologischen Rauschzustand, sondern die Mehrzahl der Fälle, wie eine weitere Durchsicht lehrte, befand sich nahe dem 16. Jahre, also jenseits der geforderten Altersgrenze.

In dem entsprechenden Alter fanden sich auf alle durchgesehenen Fälle verteilt, Verf. sieht ab von juveniler Paralyse, die einmal in gegebener Altersgrenze beobachtet wurde, nur 2 Fälle von mit aller Sicherheit zu diagnostizierender Dementia praecox, während 2 weitere Fälle zunächst nicht mit Sicherheit als wirkliche Psychosen angesprochen werden können. In den beiden ersten Fällen handelt es sich um ein Geschwisterpaar, ein Mädchen von 9 und einen Jungen von 12 Jahren, der mit diesem Alter schon an der angenommenen Grenze steht. Vor einem näheren Eingehen auf diese einzigen Fälle von Psychosen im Kindesalter, die sich unter dem zahlreichen Material finden, ist noch kurz die Symptomatologie der kindlichen Psychosen zu erwähnen bzw. zu skizzieren, worin die kindliche Psychose von der des Erwachsenen abweicht. Von vornherein muß bemerkt werden, daß die Unterschiede nur sehr gering sind.

Auch das erkrankte Kind halluziniert lebhaft, ebenso kommen auch Verstimmungszustände bis zur Selbstmordneigung, Selbstmordversuche, Manien, Grimassieren, Stereotypien vor, aber fixierte, systematisch ausgebildete Wahnideen, Wahnsysteme, wie wir sie bei paranoischen Kranken so häufig finden, fehlen. Die kindliche Wissenssphäre erstreckt sich nur über begrenzte Erfahrung, die großen und schweren Lebensprobleme sind der kindlichen Seele unbekannt.

Eine große Rolle bei allen bekannten Fällen kindlicher Psychosen spielt die Erblichkeit. Auch Unfälle, Hirnverletzungen, schlechte Behandlung, geistige Überanstrengung sind als auslösendes Moment zu erwähnen, wie auch Diphtherie, Scharlach und andere Infektionskrankheiten manchmal kurz dem Ausbruch der Psychose voraufgingen, kurz, im allgemeinen dieselben Momente, wie wir sie als auslösend in der Krankengeschichte Erwachsener finden.

Ein anderes muß noch erwähnt werden, über dessen Wichtigkeit noch keine Klarheit herrscht und das vielleicht doch eine größere Rolle für die Psyche des Kindes spielt, als wir im großen und ganzen anzunehmen gewohnt sind, schlechte Angewohnheiten, anormale Neigungen, besonders auch auf geschlechtlichem Gebiet.

Inwieweit diese auf die Entwicklung geistiger Störungen Einfluß haben, steht nicht mit Sicherheit fest. Immerhin muß angenommen werden, daß die mit solchen Neigungen verbundenen Gewissensbisse und seelischen, mehr oder minder schweren Aufregungen für das eindrucksvolle kindliche Gemüt schädlich sind und der Aufmerksamkeit der Erzieher und des Hausarztes empfohlen werden müssen.

Grätzer.

H. Reiter, Beiträge zur Diphtheriediagnose. (Aus dem Hygienischen Institut der Universität in Königsberg.) (D. m. W. 1915 Nr. 18.) Überblickt man die Ergebnisse, so kann man sagen, daß von dem, was Conradi in seiner Veröffentlichung behauptet hat, ein gut Teil auf Grund experimenteller und praktischer Erfahrung zu streichen ist, wenn Verf. auch nicht so weit gehen will, wie es Orkin tut, der bei dem Verfahren dem Zufall eine große Rolle zuspricht; auch Verf. beobachtete wie Schulze zweifellos eine Ausscheidung vieler Keime durch das Pentanverfahren, sah sogar recht oft ein Sterilbleiben diphtherienegativer Platten und möchte

daher doch dem Prinzip der Methode keineswegs allen Wert absprechen. Vielleicht gelingt es, das Verfahren noch besser auszubauen, namentlich in solchem Sinne, daß eine Abnahme auch der Diphtheriekeime selbst, die durch die Untersuchungen von Rhodovi bewiesen ist, vermieden wird (Aufsaugen der Grenzschicht mit Kapillarpipette!). Auch dürfte eine gewisse Übung in der Technik die Ergebnisse verbessern. Zur Einführung in die Praxis eignet sich die Methode in ihrer gegenwärtigen Verfassung schon deshalb nicht, weil sie zu umständlich und zeitraubend ist und bei Massenuntersuchungen viel zu große Anforderungen an Personal und Material stellt. Grätzer.

L. P. Wolf (Rüdersdorf), Der Wurmfortsatz als einziger Inhalt eines eingeklemmten Bruches. (Ebenda.)

Der 12 jährige Knabe J. Sk. sucht das Krankenhaus auf mit folgenden Angaben: Schon immer bestand bei Husten und Pressen eine Vorwölbung im untersten Bauchabschnitt, die jedoch nie in den Hodensack herunterkam. Vor einigen Tagen trat ganz plötzlich, ohne bekannte Ursache, eine schmerzhafte, nicht zurückbringbare Vorwölbung im Bereiche des Leistenkanals mit Vergrößerung der rechten Hodensackhälfte auf. Seitdem bestanden Schmerzen bei allen Bewegungen, und es war nicht möglich, „den Bruch wieder zurückzubringen". Erbrechen und Stuhlverhaltung bestand nicht; da aber die Schmerzen zunahmen, ebenso wie die Spannung im Hodensack, kommt der Junge zwecks Operation.

Befund: Die rechte Skrotalhälfte ist prall gespannt. Einzelheiten an ihr sind nicht zu fühlen. Der Versuch, den Leistenkanal zu palpieren, erweist sich als unmöglich und ist äußerst schmerzhaft. Die Gegend des Leistenkanals erscheint etwas vorgewölbt und ist druckempfindlich. In der Gegend des inneren Leistenringes glaubt man einen sich hier nach innen fortsetzenden Strang zu fühlen. Der Befund war derselbe wie bei gleichzeitigem Bestehen einer Hydrocele testis und Hydrocele funiculi spermatici; doch widersprach dieser Annahme die Entstehungsgeschichte und der Schmerz.

Operation in Narkose: Nach Spaltung der Haut und der weiteren Schichten eröffnet man einen mit trüber, flockiger Flüssigkeit prall gefüllten, glattwandigen Hohlraum, in dessen Grunde skrotalwärts der Hoden liegt. Leistenkanalwärts besteht ein völliger Abschluß durch einen sehr bald als den peripherischen Teil der Appendix erkannten, 3—4 cm langen, mit fest an sie angedrücktem Mesenteriolum in den Hohlraum hineinragenden Zapfen. Die Appendix ließ sich weder vorziehen, noch auch zurückschieben. Dies gelang erst nach Spaltung der einklemmenden äußeren Leistenkanalöffnung. Verwachsungen bestanden nicht. Der äußere Leistenring und Bruchsackhals hatte die Weite eines dünnen Bleistifts; der Leistenkanal war im übrigen wesentlich weiter. Der Bruchsack selbst war sehr zart. Es wurde nun die Appendix ektomiert und die Radikaloperation des Leistenbruchs nach Riedel vorgenommen. Die Heilung war ungestört. — Das Präparat der etwa 12 cm langen Appendix zeigte an der Stelle der Umschnürung, vor allem an der Schleimhaut Zeichen der Einklemmung. Die Serosa des peripherischen geschwollenen Appendixteiles war fibrinbedeckt.

Wir haben es also hier mit einem Fall von Einklemmung der Appendix in einem angeborenen rechtsseitigen Leistenbruch zu tun. Die von dem Patienten in früherer Zeit gelegentlich beobachtete „Vorwölbung im untersten Bauchabschnitt, die durch leichten Druck mit der Hand beseitigt werden konnte", war zweifellos bedingt durch das Eindringen von Bauchinhalt in den Leistenkanal. Die Möglichkeit, die äußere, relativ enge Leistenkanalöffnung mit dem engen Bruchsackhalse zu passieren, bestand nur bei langem Mesocoecum für den Wurmfortsatz und auch für diesen nur bei starkem Pressen oder dergleichen mit den Folgen der Einklemmung. Grätzer.

Krienitz (Berlin), Eltern haften bei Zuziehung eines Arztes für ein minderjähriges Kind. (Ebenda.) I. Der Kläger hatte einen 4 Jahre alten, an linksseitigem Nasenbluten leidenden Sohn, zu dessen Behandlung der Beklagte zugezogen wurde. Er ätzte die linke Nasenseite mit Trichloressigsäure derart unvorsichtig, daß zwei neue Operationen nötig wurden, eine zeitweilige erhebliche Gesundheitsstörung eintrat und zurzeit noch eine Narbe sowie eine Verschiebung des linken Naseneingangs sichtbar ist.

Das Gericht hat den Beklagten zur Zahlung von etwa 800 M. sowie zum Ersatz des sämtlichen entstandenen bzw. noch entstehenden Schadens (auch des ideellen Schadens wegen Verunstaltung § 847 BGB.) verurteilt.

Die Berufung ist zurückgewiesen. Die vom Beklagten eingelegte Revision rügt 1. daß das Gericht zu Unrecht eine Haftung des Beklagten aus unerlaubter Handlung (§ 823 Abs. 1 BGB.) neben der vertraglichen Haftung angenommen habe, 2. daß die Eltern ein konkurrierendes Verschulden träfe, das dem Kinde anzurechnen sei.

II. Das Reichsgericht hat hierzu folgendes ausgeführt:

1. Es ist daran festzuhalten, daß der Arzt dem selbst behandelten Kontrahenten gegenüber sowohl aus dem Vertrage als auch zugleich aus unerlaubter Handlung für schuldhafte Kunstfehler hafte.

2. Vorliegend hat den Vertrag mit dem Beklagten der Vater lediglich für sich, nicht in Vertretung des Kindes für dieses abgeschlossen. Es erscheint ausgeschlossen, daß der Vater in Ausübung der ihm gemäß § 1630 BGB. zustehenden Vertretungsmacht für das Kind handeln wollte. Der Vertrag ist weder auf den Namen des Kindes geschlossen, noch ergeben die Umstände einen solchen Willen (§ 164 Abs. 1 Satz 2 BGB.), im Gegenteil entspricht es der Natur der Sache und der Verkehrssitte, daß der von den Eltern, hier vom Vater, zur Behandlung eines kleinen, vorliegend zweifellos vermögenslosen Kindes zugezogene Arzt mit den Eltern kontrahiert: nur darauf ist der, vorbehaltlich ganz besonderer Umstände, immer ohne weiteres ersichtliche und nach dem sittlichen wie rechtlichen Inhalt des Elternverhältnisses notwendige Vertragswille beider Teile gerichtet, insbesondere auch der Vertragswille des Arztes, der die Verweisung seiner Honorarforderung an das Kind als einer gegen dieses und nur gegen dieses entstandenen als eine befremdliche Verkennung der dem Vertrage zugrunde liegenden Lebensverhältnisse ablehnen würde und ablehnen müßte. In dem zwischen Arzt und Vater geschlossenen Vertrage ist das Kind nur der Dritte, an dem sich die dem Vater geschuldete Vertragsleistung des Arztes vollziehen soll. Daraus ergibt sich, daß der Kläger die von ihm für die weitere Behandlung und für die Gesundung des Kindes gemachten und noch zu machenden Auslagen vom Beklagten ersetzt verlangen kann, nicht weil er, wie der Berufungsrichter meint, mit diesen Aufwendungen in nützlicher Geschäftsführung für den Beklagten oder zu dessen ungerechtfertigter Bereicherung gehandelt hat, sondern weil diese Aufwendungen den Schaden bilden, der ihm selbst als Vertragsgläubiger des Beklagten durch dessen schuldhafte Vertragsverletzung entstanden ist.

Dem Kinde selbst gegenüber haftet der Beklagte hinsichtlich des immateriellen Schadens nur aus unerlaubter Handlung, nicht aus schuldhafter Vertragsverletzung.

3. Die Frage, ob ein Mitverschulden der Eltern auch dem Kinde anzurechnen sei, hat das Reichsgericht offen gelassen, da vorliegend ein Verschulden der Eltern nicht erwiesen sei. Die angebliche Anordnung des Beklagten: „ein Stück Watte müsse in der Nase bleiben, das Kind sei ihm zu bringen, wenn etwas nicht in Ordnung sei“ war für die Eltern als medizinische Laien inhaltslos und unnütz, zumal das Kind sofort an großen Schmerzen gelitten habe. Die Eltern, deren fortgesetzte Sorgfalt die Beweisaufnahme ergibt, handelten nicht schuldhaft, wenn sie warteten, bis Atembeschwerden eintraten, und nun nicht wieder den Beklagten, dessen unrichtige und schädliche Behandlung sich erwiesen hatte, sondern einen anderen Arzt zuzogen. Grätzer.

Böcker (Berlin), Die Vorzüge der unblutigen Einrenkung bei der Behandlung der angeborenen Hüftverrenkung. (Ebenda Nr. 19.) Zusammenfassend kann Verf. sagen, daß durch die unblutige Einrenkung nach Lorenz mit der Vervollkommnung der Technik uns ein Heilmittel an die Hand gegeben ist, das heute im entsprechenden Alter bei einseitiger Hüftverrenkung nahezu alle Fälle und bei doppelseitiger etwa zwei Drittel zu heilen vermag, was keine andere Methode auch nur annähernd zu leisten imstande ist. Grätzer.

J. Trinchese, Infektions- und Immunitätsgesetze bei materner und fötaler Lues. (Aus dem Serologischen Laboratorium des Ostkrankenhauses in Berlin.) (Ebenda.) Zusammenfassung. I. Das Collessche Gesetz ist hinfällig, d. h. eine Immunisierung der Mutter vom Fötus aus im Sinne des Gesetzes ist unmöglich, weil

1. eine paterne Übertragung der Lues nicht vorkommt,
2. der Fötus keine immunisierenden Stoffe erzeugt.

II. Das Profetasche Gesetz ist hinfällig, d. h. eine Immunisierung des Fötus von der Mutter aus im Sinne des Gesetzes kommt nicht vor, weil die Plazentarwand für die Reaktionsstoffe des mütterlichen Organismus nicht durchlässig ist.

III. Je früher der Fötus infiziert wird, um so rascher verläuft die Syphilis nach Art einer Sepsis, die innerhalb 6 Wochen zum Tode des Fötus führt.

IV. Bis gegen den 8. Monat hin bildet der Fötus keine Reagine, d. h. sein Blut reagiert negativ nach Wassermann, trotz positiver Reaktion der Mutter und massenhafter Spirochätenansammlung in allen seinen Geweben.

V. In den letzten Monaten der Schwangerschaft fängt der Fötus an, sich gegen das Syphilisgift zur Wehr zu setzen, schwache und inkonstante Reagine zu bilden, d. h. positiv nach Wassermann zu reagieren.

VI. Erfolgt die Infektion des Kindes in den letzten Wochen vor der Geburt, so können sowohl klinische syphilitische Symptome voll-

kommen fehlen, als auch die Wa.-R. negativ sein, da die Inkubationszeit für beide Erscheinungen noch zu kurz ist. Das sind die früher als „immun" betrachteten Kinder; sie geben das Material zu den „spät" syphilitischen Kindern ab.

VII. Wenn es auch vorkommt, daß latentluetische, vielleicht sogar floridluetische Mütter gesunde Kinder gebären, so ist (in Konsequenz von VI) weder das Fehlen luetischer Erscheinungen, noch eine negative Wa.-R. bei der Geburt ein sicherer Beweis dafür, daß das Kind tatsächlich gesund ist.

VIII. Es ergeben sich bei der Geburt des Kindes einer syphilitischen Mutter folgende Möglichkeiten:

1. Das Kind ist klinisch syphilisfrei und hat negative Wa.-R.
2. Das Kind ist klinisch syphilisfrei und hat positive Wa.-R.
3. Das Kind hat klinisch Syphilis und positive Wa.-R.
4. Das Kind hat klinisch Syphilis und negative Wa.-R.

In der angegebenen Reihenfolge werden diese Möglichkeiten für die Prognose des Lebens des Kindes immer ungünstiger, so daß die vierte Möglichkeit meistens den Tod des Kindes bedeutet. Grätzer.

H. Zondek, Irrtümliche Diagnose der Hirnlues bei einem Säugling. (Aus der Universitätskinderklinik in Freiburg i. Br.) (Ebenda.) Fall von Erweichung des ganzen rechten Stirnhirns, ausgedehnter Thrombosierung des Sinus longitudinalis und des Sinus transversus, Thrombose der beiden Aa. fossae Sylvii bei einem 1 Jahr alten Kinde. Keinerlei Wandveränderungen der Gefäße, speziell keine endarteriitischen. Daneben ein schon vor Auftreten der Hirnerscheinungen bestandener Hydrocephalus externus, der vielleicht ätiologisch für das Entstehen der Thrombosen verantwortlich gemacht werden kann (Zirkulationsstörung durch Kompression). Keine Lues trotz positiver Wa.-R., Lymphozytose im Lumbalpunktat, beiderseitige Neuroretinitis und einseitige Stauungspapille. Positive Wa.-R. zu erklären durch Überschwemmung des Blutes mit Lipoiden aus der zerfallenen Gehirnmasse, Lymphozytose durch meningeale Reizung, Stauungspapille durch erhöhten intrakraniellen Druck. Deutung der Neuroretinitis unklar. Keine Besserung des Zustandes unter spezifischer Behandlung. Ausgang: Exitus letalis. Grätzer.

K. Secher, Über Aplasia renis und Venae cardinales resistentes. (Aus dem St. Johannes-Hospital in Kopenhagen.) (B. kl. W. 1915 Nr. 19.)

Bei der Sektion des 8 Monate alten Mädchens fand man als Todesursache eine Bronchitis capillaris mit Bronchopneumonie; außerdem wurden aber weiter verschiedene Mißgestaltungen der Urogenitalorgane und des Gefäßsystems vorgefunden.

I. Die Urogenitalorgane: Die rechte Niere ist stark vergrößert, 5,5 cm lang. Die Zeichnung natürlich. Der sehr weite Ureter geht zwischen die Vena spermatica in die Arteria iliaca hinunter und mündet in die vollkommen natürlich und symmetrisch ausgebildete Harnblase. Die linke Niere samt dem Ureter und den Nierengefäßen fehlen vollständig. Oberhalb der rechten Niere liegt die Glandula suprarenalis in gewöhnlicher Art und Weise wie eine kleine Haube über der Niere. Die linke Glandula suprarenalis ist dagegen stark vergrößert; die Länge beträgt 4 cm, die Breite 2 cm. Ihr venöser Ablauf findet zur weiter unten beschriebenen Vena cardinalis resistens statt.

Die Genitalorgane weisen eine starke Asymmetrie auf, indem die rechte Hälfte des Uterus stärker entwickelt ist als die linke, und der rechte Uterinwinkel ein großes, gekrümmtes Horn bildet, das sich in die stark entwickelte rechte Tuba fortsetzt. Der linke Uterinwinkel und die Tuba sind beide sehr schwach entwickelt; die Tuba bildet nur einen feinen Strang zum Ovarium hin. Die Eierstöcke sind beiderseits gleich entwickelt. Vagina natürlich.

II. Vena cava inferior: Anstatt einer großen Vena cava inferior mit Vereinigungspunkt in der Höhe der Teilung der Aorta sind 2 Gefäße vorhanden, die sich etwas oberhalb des Hilus der rechten Niere vereinigen. Der rechte Zweig kommt von der medialen Seite der rechten Arteria iliaca her, geht hinter derselben herum und läuft auf der rechten Seite der Aorta abdominalis nach aufwärts. Der linke Zweig verläuft anfänglich auf der medialen Seite der Arteria iliaca sinistra, kreuzt hinter dieser, verläuft auf deren lateraler Seite nach aufwärts, um nachher die Aorta abdominalis zu überqueren und sich an genannter Stelle mit dem anderen Zweig zu vereinen. Von hier an verläuft das Gefäß in gewöhnlicher Weise als Vena cava inferior. Die rechte Vena renalis mündet in den rechten Zweig, während der venöse Ablauf der Glandula suprarenalis zur Vena cava stattfindet. Ungefähr der Teilungsstelle der Aorta entsprechend mündet die Vena spermatica ein; der rechte Ureter verläuft zwischen der Vena spermatica dextra und der rechten Hüftarterie.

III. Cor. Bei Eröffnung des Thorax wurde die linke Hälfte des Brustkorbes von dem enorm vergrößerten Herzen ausgefüllt gefunden; linke Lunge im unteren Lappen zum Teil atelektatisch. An der Basis ist das Cor etwa 5 cm breit, die Länge beträgt etwa 6 $^1/_2$ cm. Das Myocardium ist stark hypertrophisch; die Wand des linken Ventrikels mißt an ihrer dichtesten Stelle 1 cm, das entsprechende Maß der rechten Kammer beträgt 0,4 cm. Im übrigen finden sich keinerlei Mißbildungen oder krankhafte Veränderungen; sämtliche Klappen natürlich, keine Defekte im Septum; Gefäße natürlich.

Verf. ist nicht imstande, die bestehende Herzhypertrophie zu erklären. Es ist kein Grund vorhanden, sie mit der Nierenaplasie in Verbindung zu stellen, weil ja viele Beispiele vorliegen von Nierenaplasie bei Individuen, die ein hohes Alter erreicht haben, und bei denen das Herz völlig normal war. Auch kann die Venenanomalie nicht als Ursache angesehen werden, weil ja keine Stase vorlag.

Es ist doch zur Erklärung der Hypertrophie eine Hypothese möglich, die man vielleicht vorzubringen wagen darf: es könnte nämlich möglicherweise die bedeutende Vergrößerung der linken Nebenniere mit einer vermehrten Adrenalinsekretion in Verbindung gesetzt werden. Leider hat man keine Möglichkeit, um sich post mortem eine Vorstellung darüber zu machen, wie groß die Adrenalinsekretion gewesen sein mag, indem die einzige Untersuchung, die uns zur Verfügung steht, nämlich die Feststellung der Färblichkeit des chromaffinen Gewebes, in diesem Zusammenhange ja ganz wertlos sein muß, und zwar aus zwei Gründen: erstens weil man ja bekanntlich aus dem histologischen Bilde eines Gewebes keinerlei Schlüsse in bezug auf dessen quantitative Zusammensetzung ziehen kann, und dann weil das Adrenalin sich so leicht verändert, daß eine Untersuchung an Leichenmaterial immer wertlos sein muß, jedenfalls wenn sie erst dann vorgenommen wird, wenn man an die Sektion gehen darf. Es wurde erwähnt, daß sich der Puls des Kindes konstant zwischen 120—130 hielt; wenn aber diese Zahl auch etwas höher ist, als man dem Alter des Kindes nach erwarten müßte, so darf das angeführte Verhältnis doch kaum für die Theorie einer Adrenalinämie angewandt werden. Grätzer.

S. Schönberg, Zur Bewertung der Lungenschwimmprobe. (Aus dem pathologisch-anatomischen Institut zu Basel.) (Ebenda 1915 Nr. 21.) Verf. berichtet über die auffallende Tatsache, daß er bei einem 7 Monate alten Fötus, den er selbst den intakten Eihäuten entnahm, makroskopisch und mikroskopisch entfaltete lufthaltige Lungen finden konnte. Die üblichen Gründe für das Vorhandensein des Luftgehalts der Lungen treffen nicht zu. Künstliche Atmungsversuche wurden nicht angestellt, die Frau wurde nur kurz manuell untersucht, operative Maßnahmen wurden nicht ergriffen, und zudem war die Eiblase noch nicht eröffnet. Eine gasbildende Infektion oder Fäulnis kann aus dem makroskopischen und mikroskopischen Befund vollends ausgeschlossen werden. Außer der Luft sah Verf. in den Alveolen noch Bestandteile des Fruchtwassers, wie Epidermisschüppchen, und zwar in geringer Menge. Wir wissen durch die Untersuchung von Ungar, Haberda und Hochheim, daß fast bei allen Neugeborenen solche Bestandteile in geringen Mengen gefunden werden und für stattgehabtes Atmen nur in größeren Mengen beweisend sind.

Wie hier die Luft oder das Gas in die Lungen gelangte, ist sehr schwer zu erklären. Direkt von außen scheint die Luftzufuhr ausgeschlossen zu sein, es sei denn, daß vorübergehend ein kleiner Eihautriß bestand, der gleich einem Ventil Luft einließ, aber keine Flüssigkeit oder nur sehr wenig nach außen ließ. Durch die bei der Agone der Mutter eintretende hochgradige Asphyxie wurden starke Atmungsbewegungen beim Kinde ausgelöst, wodurch sich dann bei dem dabei entstandenen negativen intrauterinen Druck ein Lufteinsaugen eventuell erklären, wenn auch nicht beweisen ließe.

Ebenso hypothetisch wäre die Annahme, daß der Inhalt der Alveolen nicht Luft, sondern Gas, Stickstoff oder Sauerstoff wäre und aus dem normalerweise im Fruchtwasser vorhandenen Gasgehalt stammen würde. Gegen diese Annahme spricht der Umstand, daß die Gasmengen im Fruchtwasser nur sehr gering sind und nicht ausreichen würden, den ausgedehnten Luft- bzw. Gasgehalt in den Lungen unseres Falles erklären zu können.

Eine anderweitige Möglichkeit, den Luftgehalt der Lungen in überzeugender Weise zu begründen, konnte Verf. nicht finden; aber trotz dieses Mangels ist der mitgeteilte Fall von großer Wichtigkeit besonders in forensischer Hinsicht, indem man bei einem sicher in utero abgestorbenen Kinde mit intakter Eihaut lufthaltige Lungen fand, die die üblichen makroskopischen und mikroskopischen Merkmale geben. Wenn solche Fälle auch sicher zu den größten Seltenheiten gehören, so sind sie doch imstande, den vollen Wert der Lungenschwimmprobe einzuschränken. Grätzer.

A. Levinson, Das Auskultationsphänomen des Kehlkopfes beim Krupp und Pseudokrupp. (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Wien.) (M. m. W. 1915 Nr. 5.) Die Stelle der Auskultation des Kehlkopfes ist eine doppelte: 1. über dem obersten Teil des Larynx, und zwar über dem Thyreoidknorpel, welcher bei Kindern in der Höhe des dritten Halswirbels liegt; 2. in der Fossa suprasternalis.

Bei der Auskultation der letzteren wird das Stethoskop in der Medianlinie aufgesetzt, bei der Auskultation der ersteren etwas links von der Medianlinie, weil beim Kinde der Larynx fast immer etwas links von der Medianlinie gelegen ist. Allerdings muß man die Stellung des Larynx vorher mit dem Finger bestimmen und auskultieren. Die Auskultation über dem normalen Larynx des Kindes ergibt im Inspirium einen schlürfenden Ton, im Exspirium einen etwas längeren Ton als im Inspirium. Bei Pseudokrupp hört man bei einer Auskultation direkt über dem Thyreoidknorpel im Inspirium einen unreinen, geschlossenen Ton, ähnlich einem M, im Exspirium einen verlängerten schlürfenden Ton. Beim Auskultieren der Fossa suprasternalis hört man feuchtes, mittelgroßblasiges Rasseln im Exspirium und Inspirium, während über den Lungen normales vesikuläres Atmen zu hören ist. Beim Krupp ist das Inspirium ein offener Vokal, tief und rauh. Das Exspirium ist viel länger als das Inspirium und ist einem V ähnlich. Im Stadium der fortgeschrittenen Stenose sind Rasselgeräusche nicht zu hören, außer wenn eine Bronchitis vorhanden ist, dann hört man hier und da Rasseln über dem Larynx, das Atmen bleibt aber immer tief und trocken.

Die Auskultation hat Verf. mit einem gewöhnlichen auralen Stethoskop ausgeführt. Es hat sich dann als zweckmäßig erwiesen, das Endstück des Stethoskops entsprechend der Larynxwölbung leicht auszuhöhlen und entsprechend der Kürze des kindlichen Halses flacher zu gestalten. Das Endstück kann leicht an das gewöhnliche Stethoskop angeschraubt werden. Diese Modifikation ist aber nicht unbedingt notwendig, das gewöhnliche Stethoskopendstück genügt.

Grätzer.

A. Riesen, Therapeutische Erfahrungen mit den Kolloidpräparaten „Salusil“ in der Augenheilkunde. (Aus der Augenheilanstalt Wiesbaden.) (Ebenda Nr. 6.) Salusil (Krewel & Cie., Köln) ist der Sammelname für eine Gruppe von kolloidalen Mischungsprodukten, die im wesentlichen Kieselsäure oder kieselsäurehaltige Körper enthalten. Es gelingt nach einem neuen Verfahren, jede Flüssigkeit, Balsame usw., in Pulver zu bringen, die — selbst z. B. bei 50% Perubalsamzusatz — dauernd feine Pulver ergeben, in denen das Kolloid als Träger zu betrachten ist. Verf. hat nun das kolloidale Salusid bei Ekzemen in Verbindung mit Augenerkrankungen, wie sie z. B. im Kindesalter häufig sind, angewandt und dabei sehr gute Resultate erzielt. Es handelte sich dabei neben Erkrankungen des Auges um Ekzeme der gesamten Gesichts- und Kopfhaut. Bei manchen Patienten bestand das Leiden schon Wochen und Monate und war schon verschiedenartig ohne Erfolg behandelt worden. Über die Anwendung der Kolloide, die teils ohne Zusatz, teils in Verbindung mit Ichthyol (40%), Perubalsam (50%), Argent. nitr. (1%) und Protargol (5%) appliziert wurden, sagt Verf. folgendes: Nach der üblichen Reinigung der erkrankten Stellen wurden die puderförmigen Präparate aufgestreut, so daß ein deutlicher Überschuß des Mittels bestand, und, wenn angängig, mit trockener Verbandgaze bedeckt. Ist die Anlegung eines Verbandes nicht möglich — z. B. bei Ekzemen an Naseneingang, Mundwinkeln usw. — so muß mehrfach täglich

intensive Aufpuderung erfolgen. Durch das Salusil wurde das Sekret der Wundfläche sehr rasch aufgesaugt, da die Haupteigenschaft der Kolloide die hohe Aufnahmefähigkeit der Flüssigkeit ist. Häufig genügte schon diese einfache Trocknung der erkrankten Hautpartien, um als Vorbereitung zu dienen für die Anwendung von anderen Medikamenten, die dann zur völligen Heilung führten. Noch bessere Resultate wurden erzielt, wenn Salusil in Verbindung mit den genannten Medikamenten aufgetragen wurde. Es trocknete dann wie ein Schwamm jede Sekretionsflüssigkeit aus und brachte gleichzeitig das wirksame Mittel an den gewünschten Platz. Grätzer.

H. Kleinschmidt, Die Sommersterblichkeit der Säuglinge. (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Berlin.) (M. Kl. 1915 Nr. 28.) Die Todesfälle im Frühsommer müssen wohl zum Teil als hitzschlagartige Erkrankungen aufgefaßt werden, betreffen dann aber alimentär geschädigte, überfütterte oder sensible Kinder, zum anderen Teil handelt es sich offenbar um Kinder, die schon länger ernährungskrank sind und nun durch die Hitze eine akute Verschlimmerung ihrer Störung erfahren. Daher das plötzliche Ansteigen, aber auch Absinken der Kurve. Im Spätsommer sind diese beiden Gruppen von Krankheitsfällen ebenfalls vertreten, sie machen jedoch bei weitem nicht die Gesamtsterblichkeit aus. Stirbt doch ein großer Teil der Kinder erst, wenn die Hitzeperiode im Abklingen begriffen ist. Hier kann nicht die direkte, unmittelbar schädigende Wirkung der Hitze die Hauptrolle spielen. Wir können sie höchstens zur Erklärung heranziehen für die plötzlichen Erhebungen der Kurve nach besonders heißen Tagen, im allgemeinen haben wir die Folgen einer Reihe langdauernd einwirkender Schädlichkeiten vor uns, wie sie die Milchverderbnis, Überfütterung und unzureichende Pflege neben der Hitze darstellen.

Wenn wir die Sommersterblichkeit wirksam bekämpfen wollen, so kann das nur durch Prophylaxe geschehen. Diese Prophylaxe aber muß sich entsprechend den vielerlei Ursachen, die das Kombinationsbild der Sommersterblichkeit bedingen, nach vielerlei Richtungen hin erstrecken. In manchen Punkten, ja man kann sagen, den wichtigsten, fällt sie mit der allgemeinen Prophylaxe der Säuglingssterblichkeit zusammen. So wird eine energische Stillpropaganda auch die Sommersterblichkeit einzuschränken vermögen. Denn alle Erkrankungszustände betreffen ja nur das künstlich ernährte Kind. Der Grund, warum erst verhältnismäßig spät, im Gegensatz zu Nordamerika, bei uns eine Häufung sommerlicher Erkrankungen eingetreten ist, ist neben der Entwicklung der großen Städte sicherlich auf die Abnahme der Stillhäufigkeit bei uns zu beziehen. Wie die Verhältnisse nun aber jetzt einmal liegen, dürfen wir nicht von der Stillpropaganda allzuviel erhoffen, sondern müssen dem künstlich ernährten Kinde besondere Beachtung schenken. Beachtung zu allen Zeiten, damit chronische Ernährungsschäden rechtzeitig verhütet werden, damit die Disposition zur Erkrankung im Sommer nach Möglichkeit in Schranken gehalten wird. Eine spezielle Berücksichtigung verlangen ferner die konstitutionell abnormen Kinder,

von denen gewiß ist, daß sie sich oft den erhöhten Anforderungen, die ihnen im Sommer gestellt werden, nicht gewachsen zeigen. Dazu kommen nun besondere Maßnahmen im Sommer selbst. In erster Linie muß hier der Pflege des Kindes gedacht werden. Reinlichkeit bis ins kleinste ist ein unumgängliches Erfordernis für das Gedeihen eines Säuglings, Reinlichkeit seines Aufenthaltsraums, seines Körpers und seiner Gebrauchsgegenstände. Das ist aber im Sommer weit schwerer zu erfüllen als im Winter. Staub, Bakterienwachstum, Fliegenplage wollen hier bekämpft sein, die Körperhaut mit ihrer vermehrten Schweißbildung soll rein gehalten werden, die Saugflasche muß rechtzeitig von den Milchresten befreit werden usw. Wichtig ist es ferner, die Art der Bekleidung zu reformieren. Steckbett, Federbetten, Gummiwickel sind zu verbieten, da sie der Wärmestauung Vorschub leisten. Kühle Bäder und Waschungen, Verabreichung der Nahrung in gekühltem Zustande, Stillen des erhöhten Flüssigkeitsbedürfnisses durch reichliche Zufuhr von Wasser oder Tee sind Maßnahmen, die wir beim Erwachsenen selbstverständlich finden, um die Hitze erträglicher zu gestalten, für den Säugling müssen sie besonders empfohlen werden, da man für ihn nur Schaden von der Kälte, nicht von der Wärme erwartet. Am idealsten wäre es natürlich, auch dafür zu sorgen, daß das ganze Milieu des Proletarierkindes, daß die Wohnungsverhältnisse gebessert werden. Man darf sich gewiß viel davon versprechen, wenn nicht ein einziger Raum der ganzen Familie als Schlaf- und Wohnstätte dient, wenn der Säugling nicht in der Küche liegen muß, wenn für Waschen und Wäschetrocknen ein besonderer Raum zur Verfügung steht. Dachkammern als Wohnung, die den ganzen Tag fast von der Sonne beschienen werden, schwer lüftbare Räume, ungenügende Schutzvorrichtungen gegen die Sonne, all das verlangt Abhilfe. Es scheint aber trotzdem nicht richtig, zu sagen, die Sommersterblichkeit ist allein ein Wohnungsproblem. Denn wir schieben damit die Möglichkeiten wirksamer Bekämpfung hinaus. Die Wohnungsverhältnisse heutzutage auch nur in annähernd notwendiger Weise zu bessern, wird auch dem größten Optimismus nicht gelingen. Dagegen ist es möglich, ohne große Umwälzungen die Pflege des Säuglings und seine Ernährung zu verbessern, und diesen beiden Faktoren kommt eine größere Bedeutung zu als der hohen Wohnungstemperatur als solcher. Es liegen bereits genügend Berichte darüber vor, daß Pflegekinder, auch wenn sie nicht in hygienisch einwandfreien Wohnungen untergebracht sind, im Verhältnis besser die heißen Sommermonate überstehen als andere, offenbar doch nur deshalb, weil die Haltefrauen es verstehen, auch unter ungünstigeren Verhältnissen das Kind vernünftig zu pflegen und zu ernähren. Die langjährige Kontrolle der Haltefrauen durch den Arzt, die dauernde Beschäftigung mit der Kinderpflege macht diese Frauen in der Tat befähigter, als wir es von mancher jungen Mutter erwarten können. Verf. führt dies nur an, um zu zeigen, daß man tatsächlich allein durch Belehrung in diesen Dingen sehr viel erreichen kann.

Doch die Erschwerung der Ernährungsverhältnisse in überhitzten Wohnungen bedarf noch einer besonderen Erörterung, und

man muß sich darüber klar werden, wie es denn möglich ist, dem Säuglinge stets eine einwandfreie unzersetzte Milch zu beschaffen. Man glaubte schon einmal, dieses Problem endgültig gelöst zu haben, als nämlich das Soxhletsche Sterilisierungsverfahren der Milch aufkam. Der gewünschte Erfolg blieb jedoch aus, einmal, weil dieses Verfahren nur bei einem geringen Bruchteile der Bevölkerung Eingang fand, dann aber, weil man die Beschaffenheit der Milch vor dem Sterilisierungsprozeß und vor allem die quantitativen Verhältnisse allzuwenig beachtete. Schließlich ist dadurch, daß nun die künstliche Ernährung ihrer Gefahren entkleidet schien, sicherlich vielfach der Verbreitung der natürlichen Ernährung an der Brust Abbruch getan worden. Um eine einwandfreie Milch zu erhalten, muß von vornherein bei ihrer Gewinnung peinlichste Sauberkeit herrschen. Wir verlangen eine Verbesserung der Stallhygiene, sofortige Kühlung der Milch nach dem Melken und möglichst kurzen Transport. In der Wohnung eingetroffen, muß die Milch sofort abgekocht und wieder kühl gestellt werden. Das läßt sich auch unter ärmlichen Verhältnissen erreichen, indem man die Milch in häufig zu wechselndes Leitungswasser stellt. Sind die Bezugsquellen der Milch nicht einwandfrei und ist für eine gute Behandlung der Milch im Hause nicht gesorgt, dann können Milchküchen, die nach ärztlicher Anordnung fertige Säuglingsnahrung in Einzelportionen liefern, Gutes stiften. Ein einseitiges Bauen auf derartige Einrichtungen, wie man es in früheren Jahren wohl sah, wäre aber natürlich wiederum verfehlt. Verf. betont noch einmal, daß nur bei Berücksichtigung aller schädigenden Einzelfaktoren ein voller Erfolg im Kampfe gegen die Sommersterblichkeit erreicht werden kann. Grätzer.

Leo Langstein, Die Volksernährung im Kriege in ihrer Bedeutung für die Diätetik des Kindes. (Ther. Mhf. Mai 1915.) Für die Kriegszeit ist besonders zu betonen: die natürliche Ernährung ist nicht nur die beste, sondern auch die billigste! Und mindestens 70—80% Frauen können nähren!

An der künstlichen Ernährung braucht die Kriegszeit nicht viel zu ändern. Aber gerade die beste Milch ist für Säuglinge gut genug. Daß diese von der Preissteigerung ausgeschlossen bleibt, ist unbedingtes Erfordernis. Abgerahmte oder Magermilch kommt nicht in Betracht. In Zucker sind Ersparnisse nicht erforderlich. Weizenmehl können wir ohne Gesundheitsstörung des Säuglings von der Verwendung ausschließen, falls die Zeit es nötig macht. An seine Stelle können Hafer- und Gerstenmehl, und wenn es auch an diesen mangelt, Maismehl treten. Präparate, wo Weizenmehl eine Rolle spielt, z. B. Kellers Malzsuppe, brauchen nur bei einer kleinen Anzahl von Kindern Verwendung zu finden, und es sind hier strenge Indikationen zu stellen, damit keine Vergeudung platzgreift. Das Gleiche ist der Fall bei maltosehaltigen Präparaten, wie Soxhlets Nährzucker, Löflunds Nährmaltose usw. Gesunde Kinder bedürfen jedenfalls dieser nicht! Auch die präparierten Kindermehle des Handels sind überflüssig.

In späteren Jahren ist die Ernährung ja der Erwachsener ziemlich gleich. Und nur über die eiweißhaltigen Nährmittel wäre zu

sagen: Wir werden im 2. Lebensjahre den Kindern nicht mehr als $^1/_2$ bis höchstens $^3/_4$ Liter Milch zubilligen, im 3. Lebensjahre sogar unbedenklich auf $^1/_4$ Liter Milch heruntergehen können. Die Folge dieser Beschränkung, die der Gesundheit der Kinder nur förderlich ist, wird der Ersparnis an Milch im allgemeinen zugute kommen. Die außerordentlich wertvollen Eier, mit denen in der Kriegszeit gespart werden muß, sind für gesunde Kinder im allgemeinen entbehrlich. Jedenfalls bringt der Verzicht auf Eier den Kindern keinen Nachteil und erspart ihnen die unangenehmen, nicht zu selten nach ihrem Genuß beobachteten Wirkungen. Vom 2. Jahre an wird Eiweiß bekanntlich auch in Form von Fleisch zugeführt. Auch im Kindesalter empfiehlt sich die Fleischgabe nicht öfter als einmal am Tage. An fleischfreien Tagen kann auch das Kind teilnehmen. Ob weißes oder schwarzes Fleisch gegeben wird, ist gleichgültig. Auch Fischarten sind bekömmlich. Ein großer Teil des notwendigen Eiweißbedarfs kann jedoch auch beim Kinde durch Quark und Käse gedeckt werden. Gerade auf den Quark als wertvolles Nahrungsmittel für Kinder sei nachdrücklich hingewiesen, da ja dieser gegenwärtig leicht zu beschaffen ist und an ihm auch Mangel nicht eintreten wird. Ein beträchtlicher Anteil der Kost fällt bekanntlich vom 2. Lebensjahre an auf die Kohlehydrate in Form von Brot, auf Gemüse und Obst. Der Vorteil reichlicher Zufuhr von Gemüse und Obst ist für das Kindesalter von besonderer Bedeutung und schon oft gewürdigt worden. Hier muß in der Kriegszeit eine Änderung glücklicherweise nicht eintreten. Aber auch das neue Brot ist gesundem Kindern durchaus bekömmlich. Verf. ist in der Praxis oftmals vor die Frage gestellt worden, ob das Kriegsschwarzbrot von Kindern vertragen wird. Er hat es immer unbedenklich gestattet und niemals sind ihm Nachteile berichtet worden. Wo solche auftreten, wird eine geringe Einschränkung des Schwarzbrotgenusses oder teilweiser Ersatz durch unser Weißbrot aus Roggen- und Weizenmehl sicherlich eventuell auftretende Beschwerden beseitigen. Wenn der Genuß von zu viel kohlehydrathaltigen Speisen, Kuchen, Zwieback, Brot und Kakes, im Kindesalter in wohlhabenden Familien unter dem Zwange der Verhältnisse eine gewisse Einschränkung erfährt, kann uns das nur recht sein. Auch hat L. schon so manche Obstipation durch Genuß des Kriegsschwarzbrotes beseitigt gesehen. Eine etwas schlackenreichere Kost ist im allgemeinen für die Darmtätigkeit der Kinder der wohlhabenden Bevölkerung nur förderlich.

Grätzer.

Veit, Zur Kasuistik operativer Epilepsiebehandlung. (Arch. f. Psychiatrie 52. 1913 H. 3.) 2 Fälle von traumatischer Epilepsie. Operation. Verf. betont besonders, daß nach der Operation eine fortgesetzte Brombehandlung erforderlich ist. Kurt Mendel.

Georg Henning, Über seltenere Formen der akuten nichteitrigen Enzephalitis. (Ebenda 53. 1914 H. 2.) Einer nosologischen Einteilung der einzelnen Enzephalitisformen nach anatomisch-pathologischen Gesichtspunkten stehen große, zum Teil unüberwindliche Schwierigkeiten im Wege. Vom klinischen Stand-

punkte aus ist an der Isolierung des Wernickeschen und des Strümpell-Leichtensternschen Typus aus praktisch-diagnostischen Gründen festzuhalten. Verf. bringt eine Reihe von Fällen mit seltener Verlaufsform der akuten nichteitrigen Enzephalitis, teils bemerkenswert durch die eigentümliche Lokalisation des entzündlichen Prozesses, teils durch die individuelle Reaktion des Patienten, teils durch Kombination beider Momente. Verf. erwähnt besonders die Formen von Enzephalitis, die sich durch das Auftreten von epileptiformen Anfällen auszeichnen, dann solche, die sich klinisch dem Symptomenkomplex des Hirntumors nähern, drittens Fälle, die an multiple Sklerose erinnern, und schließlich Fälle, die mit psychotischen Symptomen oder mit Delirien verlaufen. — Umschriebene Krämpfe sind für die topische Diagnostik (besondere Beteiligung bestimmter Rindenbezirke) sehr wertvoll; sind sie besonders intensiv und häufig oder steigern sie sich zum Status epilepticus, so sind sie prognostisch von übler Bedeutung. Umschriebene Rindenkrämpfe signalisieren auch sehr häufig das Eintreten von Lähmungserscheinungen in denselben Muskelgebieten. Von Psychosen bei Enzephalitis sind erwähnenswert: maniakalische und melancholische Zustandsbilder, an Dementia senilis, Katatonie usw. erinnernde Störungen, Korsakoffsche Psychose.

Alles in allem soll die Kasuistik des Verf. zeigen, wie variabel das Krankheitsbild der Enzephalitis durch besondere Lokalisation und durch individuelle Disposition sein und wie die Erkennung des Leidens, speziell seiner atypischen Formen, oft auf die größten Schwierigkeiten (multiple Sklerose, Hirntumor, Psychosen kommen besonders differentialdiagnostisch in Betracht) stoßen kann.

Kurt Mendel.

F. Rauch, Beitrag zur operativen Behandlung der Epilepsie. (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. 85. 1913 H. 3.) Bei 22 wegen Epilepsie zur Operation gelangten Fällen handelte es sich 13mal um allgemeine nicht traumatische Epilepsie, 5mal um nicht traumatische Jackson-Epilepsie und 4mal um allgemeine Epilepsie nach Trauma. In 9 Fällen allgemeiner nicht traumatischer Epilepsie wurde der Halssympathicus reseziert (1 Heilung, 8 Fälle ungebessert).

Durch Schädeloperation wurden erzielt: 1 Heilung bei nicht traumatischer Epilepsie, 5 Besserungen, und zwar 2 bei allgemeiner nicht traumatischer Epilepsie, 1 bei nicht traumatischer Jackson-Epilepsie und 2 bei traumatischer allgemeiner Epilepsie. Von diesen Besserungen sind nicht genügend lange (d. h. unter 3 Jahren) beobachtet 1 Fall von gemeiner und 1 Fall von traumatischer allgemeiner Epilepsie. 1mal trat Exitus in Narkose vor Beginn der Operation ein.

Die Erfolge sind also nicht glänzend, immerhin ist die operative Behandlung zu versuchen, wenn die interne Therapie sich als machtlos erwies.

Kurt Mendel.

K. Vogel, Über Coxa valga. (Aus dem St. Johannes-Hospital zu Dortmund.) (Zschr. f. orthopäd. Chirurgie 32. S. 225.) Verf. berichtet über einen Fall von rein primärer Coxa valga adolescentium, auf den weder die Manzsche Erklärung, noch andere ätiologische

Erklärungsversuche zutreffen. Verf. selbst legt sich folgende ätiologische Auffassung zurecht: Die Anatomie des kranken Schenkelhalses ist in dem zweiten Stiedaschen und dem Falle des Verfassers genau gleich in der Weise, daß der Hals abgeknickt erscheint im Sinne der Coxa valga in der Nähe des Kopfes, etwa da, wo die Epiphysenlinie zwischen Hals und Kopf in der Jugend sich befindet.

Verf. möchte die Annahme nicht ganz von der Hand weisen, daß auf diese Epiphysenlinie ein wenn auch leichtes Trauma derart irritierend einwirke, daß dieses Zentrum für das Knochenwachstum zu pathologischer Leistung veranlaßt würde. Es könnte ein zwar vielleicht verstärktes (s. die Verlängerung des Schenkelhalses in dem Falle des Verf.), aber unregelmäßiges und minderwertiges Material produzierendes Knochenwachstum angeregt werden. Die Abbiegung des Schenkelhalses, die Coxa valga also, könnte dann zwei Ursachen haben, erstens die erwähnte unregelmäßige Knochenproduktion von der geschädigten Epiphysenlinie aus, indem an der unteren Halsseite mehr Knochen gebildet würde als an der oberen; zweitens wäre es auch möglich, daß die Störung der Epiphysenfunktion Schmerzen auslöse, die die Patienten veranlaßten, das Bein zu schonen, es in leichte Flexion, Außenrotation und Abduktion zu stellen, ähnlich wie bei beginnender Coxitis; ist dabei die kranke Stelle des Schenkelhalses abnorm weich, was zwanglos angenommen werden kann, so entsteht durch das Gewicht des nachgeschleppten „geschonten" Beines die Coxa valga als „Entlastungsdifformität" (Hofmeister).

Verf. will diese ätiologische Erklärung seines Falles von Coxa valga nicht als bewiesen hinstellen, aber immerhin erscheint sie ihm ebenso wahrscheinlich zu sein wie andere, z. B. die von Manz.

Über die Therapie bemerkt Verf. folgendes: Sie wird zunächst mediko-mechanisch sein; er möchte besonders die Anwendung des Bierschen Heißluftkastens für die Hüfte empfehlen zur Lockerung der kontrahierten Weichteile. Verf. glaubt, daß ein erheblicher Teil der geklagten Schmerzen von den Weichteilen ausgeht, nicht vom Knochen, ebenso wie bei anderen statischen Difformitäten, z. B. dem Plattfuß; hiergegen ist aber der Biersche Kasten eines der besten Mittel. Bei Versagen anderer Therapie kämen operative Eingriffe zur Korrektur der Skelettdifformität in Frage: lineäre oder Keilosteotomie. Mit einfachen Extensionsverbänden wird man wohl nur selten die Halsverbiegung noch beseitigen können, abgesehen davon, daß man wohl nicht genügend Herr ist über die Lokalisation der korrigierenden Rückbiegung.

Die Prognose ist stets vorsichtig zu stellen, sowohl in bezug auf das therapeutische Endresultat, als besonders die Zeit der notwendigen Behandlung. K. Boas.

J. Elsner, Über Lehrlingsskoliosen. (Aus der Orthopädischen Heilanstalt des Sanitätsrats Dr. A. Schanz in Dresden.) (Zschr. f. orthopäd. Chirurgie 32. S. 277.) Verf. berichtet über 37 Fälle aus der Klinik von Schanz unter Beigabe zahlreicher Photographien und schematischer Zeichnungen. Das Krankheitsbild der Lehrlings-

skoliose ist typisch. Jedesmal haben wir: Beginn der Skoliose oder akute Verschlimmerung einer bisher nur geringen Deformität nach Abschluß des Schulbesuches bis Eintritt in einen körperlich anstrengenden Beruf. Durchgehend handelt es sich um schwere Deformitäten, fast immer mit hochgradigen Insuffizienzerscheinungen. In dem Rahmen der alten Schulskoliosentheorie ist kein Platz für die Lehrlingsskoliose. Verf. faßt die Skoliose als eine statische Belastungsdeformität auf und nimmt als deren Ursache eine Verminderung der Tragfähigkeit der Wirbelsäule und eine Erhöhung der Belastung derselben an. An Hand seines Materials weist er im einzelnen auf die in Betracht kommenden Momente hin. Eine mithelfende Rolle spielen das rasche Längenwachstum und die physiologische Minderwertigkeit der Knochen in dem betreffenden Lebensalter.

Was den Verlauf der Lehrlingsskoliosen betrifft, so haben wir meist recht ernste, bösartige Formen mit schweren Insuffizienzerscheinungen vor uns. Schanz hat unter der Bezeichnung Insufficientia vertebrae einen Typus von Schmerzen an der Wirbelsäule (VI. Kongr. der Deutsch. Ges. f. orthop. Chir.) beschrieben, den er etwa folgendermaßen charakterisiert: Schmerzen bei Klopfen und Druck auf die Dornfortsätze im Rücken- und Lendenteil, in verschiedener Stärke und Ausbreitung, verbunden mit Deformität und auch ohne diese; bei Skoliosen Klopfschmerz meist in Höhe der Dorsalkrümmung. Ist das ganze Krankheitsbild sehr ausgesprochen, so tritt noch Druckschmerz über den Lendenwirbelkörpern hinzu, wenn wir von vorn durch das Abdomen nach diesen mit der Hand vordringen. Subjektive Beschwerden fehlen oft. Ein großer Teil von Patienten aber klagt über Ermüdungsgefühl im Rücken, Rückenschmerzen, oft ausstrahlend nach der Seite, zuweilen ischiasartig, dann wieder Magenkrankheit vortäuschend. Häufig besteht Kopfschmerz mit allgemeinen sowie nervösen Beschwerden. Das ganze Bild erinnert an Anfangszustände tuberkulöser Spondylitis.

Dieser Symptomenkomplex fehlt bei den meisten der Fälle des Verf., jedenfalls aber bei den schwereren und da besonders scharf ausgeprägt, nie.

Dieser Typus von Schmerzen ist ein Zeichen dafür, daß ein Belastungsmißverhältnis besteht, das um so größer ist, je deutlicher uns das geschilderte Bild entgegentritt. Daraus folgt, daß wir prognostisch auf ein rasches Fortschreiten der Skoliose oder einen Stillstand schließen können, je nachdem die Zeichen der Insufficientia vertebrae deutlicher oder weniger deutlich hervortreten.

Wie schon angedeutet, handelt es sich bei den Lehrlingsskoliosen eben zum großen Teil um Fälle mit hochgradigen Insuffizienzerscheinungen, d. h. sie befinden sich in einem Stadium ständiger, unaufhaltsamer Verschlimmerung.

Verf. hebt besonders hervor, daß die Lehrlingsskoliosen einer rationellen Therapie sehr zugänglich sind. Da die Patienten jedoch meist Mitglieder einer Krankenkasse sind, stehen der Therapie oft sehr erhebliche Schwierigkeiten im Wege. Auch die Invalidenversicherung versagt häufig. In diesen Fällen liegt es auf der Hand,

sich an die Krüppelfürsorge zu wenden. In der Tat sind die Lehrlingsskoliosen auf dem besten Wege, der Invalidität entgegenzugehen.
K. Boas.

W. Böcker, Die Resultate der blutigen Behandlung der tuberkulösen Hüft- und Kniegelenksdeformitäten. (Aus Dr. Böckels chirurgisch-orthopädischer Klinik in Berlin.) (Zschr. f. orthopäd. Chirurgie 33. S. 188.) Verf. zeigt an einer Reihe von Fällen, daß die konservative Behandlung der operativen, die nur noch in Ausnahmefällen eine Berechtigung hat, in jeder Weise überlegen ist. Immerhin werden Deformitäten nach konservativ wie operativ ausgeheilter tuberkulöser Gelenksentzündung trotz aller Vorsicht, die man jetzt durch die noch jahrelang durchgeführte Apparatbehandlung anwendet, nicht ganz zu vermeiden sein. In solchen Fällen bedeutet die allbekannte subtronchantere Osteotomie bzw. bei hochgradigen Deformitäten die pelvitronchantere an der Hüfte, wie die paraartikuläre Osteotomie eventuell in Form eines Keiles bzw. Keilresektion am Knie eine segensreiche Operation, wenn sie auch gegen früher durch eine gut geleitete konservative Behandlung seltener geworden ist. K. Boas.

R. von den Velden, Zur Lehre vom Infantilismus. (Aus der medizinischen Klinik der Akademie in Düsseldorf.) (Zschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie 74. S. 393.) Bei Infantilismus sind die Veränderungen an den einzelnen Organen als die verschiedenen Erscheinungsformen einer krankhaften Konstitution aufzufassen, wobei der ganze Organismus oder bestimmte Teile eines Organsystems auf einer früheren Stufe stehengeblieben sind. Psychogene Hemmungen wie Förderungen können von großem Einfluß sein, was wegen der Zusammenarbeit der Psychologen mit dem Mediziner von Wichtigkeit wäre. Von praktischer Wichtigkeit wäre das Studium in der Weitervererbung bestimmter Formen von Infantilismus mit Hilfe der biologischen Familienforschung und genaue Beobachtung des nicht erkrankten heranwachsenden Individuums, um das Auftreten morphologischer wie funktioneller Hemmungen rechtzeitig festzustellen und eine entsprechende Prophylaxe einleiten zu können.
K. Boas.

W. Roick, Zwei Fälle von Friedreichscher Ataxie. (Aus der Medizinischen Klinik der Universität in Jena.) Inaug.-Dissert. Jena 1914.) Verf. berichtet ausführlich über 2 einschlägige Fälle aus der Medizinischen Universitätsklinik in Jena. Er geht eingehend auf die Symptomatologie und Differentialdiagnose gegenüber Tabes dorsalis, multipler Sklerose und zerebellare Ataxie ein. Heredität und Blutverwandtschaft bestand in den beiden Fällen des Verf. nicht. Fall I war zur Gruppe der Schwerataktischen zu rechnen, während in dem zweiten Falle nur eine Ataxie in den unteren Extremitäten bestand. Verf. bespricht des ausführlichen das Verhalten der Reflexe, Sensibilität, Motilität usw. Bemerkenswert war in dem einen Falle das Ergebnis der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. Der Liquor von 150 mm Druck entsprach den oberen Grenzen des Normaldruckes. Eine Zell- und Eiweißvermehrung im Liquor war nicht

vorhanden. Sollte sich dieser negative Liquorbefund weiterhin bestätigen, so hatten wir damit ein wichtiges differentialdiagnostisches Symptom gegenüber der Tabes dorsalis gewonnen, welche so gut wie immer eine positive Nonnesche Reaktion und Pleozytose aufweist. K. Boas.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

Ernest Germonig, Kasuistische Mitteilung. (W. kl. W. 1915 Nr. 24.)

C. S., 22 Monate alt, wurde am 6. März d. J. aufgenommen.

Die Mutter erklärte, daß die Krankheit schon im September 1914, also als das Kind 16 Monate alt war, begonnen habe. In der Familie sollen alle gesund sein: Vater, Mutter und Geschwister, überdies die Großeltern alle ein hohes Alter erreicht haben. Der Vater sagte nachträglich, daß eine Schwester der Mutter des Kindes an Tuberkulose gestorben sein soll. Die Mutter gab auch an, daß das Kind öfters rohe Milch genossen hat.

Das Kind mit seinem rötlichen Gesicht macht nicht den Eindruck eines schwerkranken, obwohl ès für sein Alter in der Entwicklung zurückgeblieben ist. Körper mager, Muskeln schlaff. Haselnußgroße Drüsen beiderseits am Halse bis zur Fossa supraclavicularis reichend. Anschwellung der unteren Epiphysen am Radius und Ulna, Bauch geschwollen vorspringend, als Zeichen von Rachitis.

Die Perkussion der Lungen ergibt überall hellen und vollen Schall, scharfes rauhes Atmen, namentlich hinten unten beiderseits.

Der Röntgenbefund ergab am Hilus der rechten Lunge eine dunkle Zone, welche man als von einem Paket Bronchialdrüsen herrührend deutete, sonst normaler Befund..

Bei der Inspektion des Rachens bemerkt man Geschwüre an der Uvula, am harten Gaumen, beiderseits an den Arcus palato-glossi und pharyngo-palatini. Beim Herunterdrücken der Zunge erscheint die Epiglottis als ein dicker Wulst.

Bei Einführung des Kehlkopfspiegels blutet die Rachenschleimhaut, so daß der Spiegel belegt wird und einen Einblick in den Kehlkopf verhindert, was überdies auch wegen dem Epiglottiswulst erschwert ist. Aus dem schrillen Schrei des Kindes kann man eruieren, daß die Stimmbänder intakt sind. Starke Nasensekretion, welche ein Ekzem in der Umgebung der Nasenflügel und der Oberlippe bewirkt.

Das Kind schluckt schwer und wird ausschließlich mit Milch, Kaffee und Suppen genährt. Temperatur abends 38—38,2. Pirquet positiv.

Während des Schlafes ist die Respiration stertorös, aber keine Suffokationsanfälle, welche eine Veranlassung zur Tracheotomie gegeben hätten. Es wurde ein kleines Stückchen der Uvula mit der kalten Schlinge entfernt, zur mikroskopischen Untersuchung, welche das Bild einer typischen Tuberkulose ergab.

Das Sekret, mit einer Platinnadel vom Rachen entnommen, wurde wiederholt auf Bazillen untersucht, mit negativem Resultat.

Die Diagnose einer Tuberkulose war in diesem Falle leicht aus dem makroskopischen Bilde zu stellen. Sie wurde durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt.

In der Literatur sind wenige Fälle von Tuberkulose des Rachens und Kehlkopfes in diesem zarten Alter bekannt und namentlich in so ausgesprochenem Zustande, wie man sie sonst so häufig bei Erwachsenen zu sehen Gelegenheit hat.

Von jeder lokalen Therapie wurde abgesehen, mit Ausnahme einiger Insufflationen von Zykloform. Innerlich: Syrupus Guajacoli compositus.

Die Prognose ist wohl infaust zu stellen. Grätzer.



J. Strebel (Luzern), Über die Selbsttrepanation der Natur beim Turmschädel und über das Wesen des Turrizephalus. (Schweiz. Corr.-Bl. 1915 Nr. 17.) 1. Bei Befunden von scheinbar primärer Sehnervenatrophie (sog. idiopathischer, genuiner oder kryptogenetischer) soll der Schädelvarietät bzw. Konfiguration erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt und die Untersuchung durch eine Röntgenaufnahme des Schädels ergänzt werden.

2. Die Röntgenbilder nicht nur von total, sondern auch von partiell ausgebildeten Turrizephalen können durch die bienenwabenartige Reliefzeichnung der Gehirnwindungen an der Tabula int. der Schädelkapsel (sog. Impressiones digitatae), mit der oft enormen Verbreiterung des Kanalsystems der Sinus, differentialdiagnostisch von ausschlaggebendem Wert sein, speziell in Fällen, die äußerlich nicht sicher als Turmschädel anzusprechen sind.

3. In 9 Fällen von totalen Oxyzephalen war 7mal eine sekundäre Sehnervenatrophie als Folge einer früheren Stauungspapille nachzuweisen. In den 2 anderen Fällen (Insassen von Blindenheimen!) mußte die Frage offen gelassen werden, ob die Atrophia nerv. opt. sekundärer oder primärer Natur war.

4. In 2 Fällen von Turmschädeln konnten als Zeichen chronischen Hirndruckes Anfälle von klonischen Krämpfen mit Erbrechen und Bewußtseinsstörung beobachtet werden.

5. Das Zustandekommen dieses chronischen Hirndrucks hat man sich nach neueren Untersuchungen von Uhthoff und Schumacher beim Turmschädel folgendermaßen zu erklären: Das wachsende und in seinem Wachstum gehemmte Gehirn selbst ist der Grund des gesteigerten intrakraniellen Druckes. Das Mißverhältnis zwischen Schädelkapazität und Größe des herausgenommenen Gehirns war im Sektionsfalle, den Schumacher und Herzog beschrieben, ein augenfälliges.

6. Dieses Mißverhältnis zwischen dem Continens des starren Kapselwiderstandes des prämatur synostosierten Schädels und dem Contentum des wachsenden Gehirns, das sich auszudehnen bestrebt, modelliert die Impressiones digitatae, erzeugt die Verbreiterung der Sinus, stanzt die foramina emissaria als loci minoris resistentiae zu eigentlichen Trepanationsventilen aus und vermag an den druckbelastetsten Stellen der Schädelkalotte Usuren und multiple Dekompressionsventile zu erzeugen, deren Studium uns einen Wink für das therapeutische Vorgehen zu enthalten scheint.

7. Wie wir vom anatomisch-röntgenologischen Gesichtspunkte aus zwei Varietäten von Turrizephalen unterscheiden können: totale und partielle, so müssen wir vom chirurgisch-therapeutischen Standpunkt aus ebenfalls zwei Arten strikte auseinanderhalten, weil die Behandlung verschieden ausfällt.

a) Turmschädel im amaurotischen Stadium ohne Zeichen chronischen Hirndrucks. Solche Patienten einer Operation zu unterwerfen, z. B. der neueren Kanaloperation, der vom pathogenetischen Standpunkte aus eine nur problematische Dignität zugesprochen werden kann, und von einer derartigen Operation ein Zurückgehen einer totalen Sehnervenatrophie zu erwarten, ist rein anatomisch unver-

ständlich. In diesem Stadium besteht nulla indicatio operationis. Man überweise die Patienten möglichst bald einem Blindenheim, um sie frühzeitig einem Blindenhandwerk zuzuführen. Gerade weil fast alle Turmschädelpatienten in diese Kategorie a fallen, d. h. im Zustande einer totalen Sehnervenatrophie den Ophthalmologen und Chirurgen zugesandt werden, sollte mehr, als es früher geschah, die Aufmerksamkeit speziell der Haus- und Kinderärzte auf die pathologischen Schädelvarietäten gelenkt und in zweifelhaften Fällen stets das Röntgenbild konsultiert werden. (Die Stauungspapillen, bedingt durch Turmschädel, treten in den ersten Lebensjahren, oft in den ersten Lebensmonaten auf.)

b) Turmschädel im Stadium der Stauungspapille oder solche im Stadium der Sehnervenatrophie mit Zeichen bestehenden chronischen Hirndrucks. Daß hauptsächlich die ersteren möglichst bald einem chirurgischen Eingriff zugeführt werden sollen, beweisen am schlagendsten die Blindenheime mit ihren Spitzkopfinsassen, welche die bestausgeprägtesten Röntgenbilder liefern.

8. Während bis in die letzte Zeit die Art des chirurgischen Eingreifens viel umstritten und nicht abgeklärt war, scheint der Weg, welchen die Natur selbst durch ihre Selbsttrepanation und die Bildung von Dekompressionsventilen demonstriert hat, der naheliegendste und gangbarste zu sein. Die multiple Dekompressionstrepanation an Stelle der stärksten Druckbelastung, welche natura docet, dürfte auch das Programm für den Chirurgen werden. Aus praktischen Gründen wäre in jedem einzelnen Falle an Hand des Röntgenbildes die geeignetste, druckbelastetste Stelle ausfindig zu machen.

9. Die interessanten Fälle von partiellen Turmschädeln ohne Abnahme des Sehvermögens zeigen uns, an welchen Stellen die stärkste Druckbelastung ihren Angriffspunkt hat, z. B. in der basofrontalen Schädelkalotte. Die partiellen Turrizephalen beweisen uns ferner, daß es der Natur selbst gelingen kann, einen Turmschädel auszuheilen bzw. dessen Fortschreiten zum Stillstand zu bringen.

10. Die anatomischen Korrelationen des Turmschädels mit einem oft reichen Netz von entwicklungsgeschichtlichen Anomalien, wie sie hier in 3 Fällen nachgewiesen wurden, weisen uns mit Gewißheit darauf hin, daß der Turmschädel ebenfalls eine solche darstellt.

Grätzer.

Levaditi, Poliomyelitis-Virus und Züchtung der Zellen in vitro. Virus de la poliomyélite et culture des cellules in vitro. (Compt. rend. hebdom. Soc. de Biol. 1913, Nr. 28, 1. Aug.) (Sitzung vom 26. Juli.) Verf. hat eine Züchtung des Poliomyelitis-Virus versucht, wozu er sich der von Carrel modifizierten Methode von Harrison-Burrows bediente, die ein Weiterleben und eine Vermehrung gewisser Zellen in vitro ermöglicht. Es wurden Spinalganglien von Affen entnommen, die an Kinderlähmung litten, und in Affenplasma eingesetzt. Nach vier, im Zeitraum von 21 Tagen ausgeführten Passagen erwies sich das Virus für die Affen ebenso wirksam wie zu Beginn. Die fragliche Methode ermöglicht also die Konservierung und auch starke Vermehrung des Poliomyelitis-Virus außerhalb des Organismus, bei einer Temperatur von 37°. Sehr

wahrscheinlich besteht eine Symbiose zwischen den Mikroben und den Zellelementen. Die Nervenzellen sind an dieser Symbiose wenig beteiligt: in der Tat, diese letzteren können seit langem ihre Vitalität eingebüßt haben, ohne daß es darum im Weiterleben und in der Vermehrung des Mikroben zum Stillstand kommt. Die Elemente des Bindegewebes, die sich in vitro durch Karyokinese vermehren, und die Kapselzellen, die am längsten weiterleben, stellen allein die Bedingungen sicher, welche die Erhaltung und Vermehrung des Poliomyelitis-Virus unterstützen. H. Netter (Pforzheim).

Etienne und **Aimes,** Ein Fall von Teratom der Kreuz-Steißbeingegend mit bösartiger Entwicklung. (Montpellier médical 1913.) (Soc. des Sc. méd. de Montpellier, 4. April.) Träger des großen, von Prof. Estor erfolgreich operierten Teratoms war ein 22monatiges Kind. Bei der Geburt noch wenig bedeutend, hatte der Umfang in den letzten 3 Monaten ganz rapid zugenommen. Die Operation war, trotz der Ausdehnung der Geschwulst, nicht schwierig. Eine sehr tiefe Adhäsion am Rectum verursachte eine Verletzung desselben, die sofort durch Naht versorgt wurde. Die histologische Untersuchung zeigte das Teratom aus sehr verschiedenen Geweben zusammengesetzt: Fett- und Nervengewebe, Tractus intestinalis, Bronchialepithel, Knorpel- und Knochengewebe, Schilddrüsenanlage. Die Verf. verweisen auf das Vorhandensein von Schilddrüsengewebe und Epithel des Respirationstractus und auf eine maligne Degeneration eines Teiles der Geschwulst, die an einer Stelle das Aussehen eines Zylindroms hat. H. Netter (Pforzheim).

H. Damaye, La forme maniaque de l'état de mal comitial. Formule leucocytaire et traitement. (Progrès médical 1913 Nr. 3.) Die schweren epileptischen Zustände, sowohl diejenigen konvulsiver als diejenigen manischer Natur, bieten in ihren leukozytären Erscheinungen eine Ähnlichkeit: Fehlen der eosinophilen Zellen mit Polynukleose und Verminderung der Lymphozytenzahl; dann Wiedererscheinen der Eosinophilen, leichte Eosinophilie und Wiedernormalwerden der Formel. Bei den leichten epileptischen Zuständen zeigt sich weder Polynukleose, noch Verminderung der Eosinophilen und Lymphozyten. Die Prognose ist ungünstiger bei den agitierten Formen. Bei beiden Formen, der leichten und schweren, wirkt Chloral sehr gut. Kurt Mendel.

Henri Aimé, Quelques modes actuels de traitement des crises épileptiques. (Progrès médical 1914 Nr. 1.) Verf. sieht den epileptischen Krampf als den psycho-motorischen Ausdruck einer Veränderung des Blutes in seiner physikalischen und chemischen Konstitution an. Da das Blut fremde Elemente enthält, handelt es sich darum, letztere zu evakuieren oder wenigstens ihre schädliche Wirkung zu paralysieren. Dies kann geschehen durch den Aderlaß, durch blutige Schröpfköpfe, ferner — und hierauf macht Verf. auf Grund eigener Erfahrung bei Asthmatikern und Epileptikern besonders aufmerksam — durch Anwendung des vasodilatatorischen Medikamentes Natrium nitrosum. Kurt Mendel.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Wachsner: **Orthopädische Jugendfürsorge und körperliche Erziehung.** Erst die statistischen Erhebungen der letzten Jahre haben zu einer Fürsorge für verkrüppelte Kinder geführt. Aber auch diese ersten Anfänge bestehen nur in Krüppelheimen. Für die nicht „Heimbedürftigen" fehlt jede Hilfe. Insbesondere fehlt den noch nicht Schulpflichtigen von 1 bis 6 Jahren jede Prophylaxe. Diese ist aber besonders wichtig, da die neue Orthopädie keine „Schulskoliose" mehr gelten läßt; vielmehr sind die Skoliosen schon mitgebracht und ihrer Entstehung nach entweder kongenital oder rachitisch. Was in der Schule entsteht, sind Haltungsanomalien. Von diesen sowie von den ersteren, nicht ausgleichbaren Skoliosen und Kyphosen zeigt Vortragender eine große Zahl in Photographien und Röntgenbildern. Die Behandlung muß, wenn sie wirken will, möglichst früh einsetzen, lange vor der Schule, eventuell am Ende des Säuglingsalters. Sie muß dauernd Hand in Hand gehen mit interner Behandlung; diese Kombination ist wichtiger als die mit der sogenannten „großen Chirurgie"; für die große Masse des Volkes hätte diese Beratung zu erfolgen in „orthopädischen Fürsorgestellen"; von hier aus könnte auch durch Merkblätter gesorgt werden für Popularisierung der modernen Grundsätze körperlicher Erziehung. Besonders wichtig ist es, die Kriechperiode möglichst lange auszudehnen, weil in ihr sich Bänder, Knochen und Muskeln allmählich an den aufrechten Gang anpassen. Im frühesten Kindesalter richtig diagnoszierte Verkrümmungen können mit Sicherheit geheilt werden.

(Gesellsch. f. sozial. Med., Hyg. u. Medizinalstatistik, Berlin, 14. Mai 1914.)

Hamburger: **Vorschlag zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in „Mietskasernen".** Vor einem Jahrzehnt schon hat Meinert behauptet, daß nicht die Milchzersetzung, sondern direkte Hitzewirkung in den Proletarierwohnungen das Ansteigen der Säuglingssterblichkeit im Hochsommer bewirke. Wenn man dagegen einwendet, daß bei uns Brustkinder nahezu immun sind, so zeigt sich doch in Ländern, wo nur Brusternährung existiert, ebenfalls der Gipfel der Mortalitätskurve in den heißen Monaten. Ferner ergeben die ganz parallelen Kurven der Tagestemperatur und der täglichen Säuglingssterblichkeit den sicheren und direkten Zusammenhang. Die Proletarierwohnung ist durchschnittlich 8,5° wärmer als die Luft im Freien! Zur Abhilfe sind bereits früher vorgeschlagen worden: Verbringung der Säuglinge in den Keller oder auf Schiffe, die während der heißen Stunden auf nahen Seen kreuzen. Statt dessen schlägt der Vortragende vor, auf allen Mietskasernen Dachgärten zu errichten und in diesen ein Zelt für die Säuglinge (in Hängematten gelagert) zur Verfügung zu stellen. Zwei von ihm zu Rate gezogene Architekten haben übereinstimmend berechnet, daß ein Aufschlag von 1—1,20 M. auf die Monatsmiete eines Zimmers (in Berlin meist 21—24 M.) genügt, um die Rentabilität für den Hauswirt zu sichern. (Ibid., 11. Juni 1914.)

Hofmeier: **Geburtenrückgang und Säuglingssterblichkeit.** Vortragender bemerkt zunächst, daß die jetzige Natalität nicht mit der früheren zu vergleichen ist, da infolge der allgemeinen geringeren Sterblichkeit viel mehr ältere Leute leben, die bei der Berechnung der Geburten auf die Kopfzahl ausscheiden müssen. Immerhin besteht ein Geburtenrückgang. Vortragender behandelt dann das Thema vom Standpunkt des Arztes und speziell des Frauenarztes aus und hält eine „Massenproduktion" von Kindern ärztlich nicht für wünschenswert im Interesse der Mütter, die, zumal in den ärmeren und arbeitenden Klassen, hierdurch schwere gesundheitliche Schäden erleiden. Man soll sich daher mehr an die Wohlhabenden wenden. Die wünschenswerte Kinderzahl für eine Familie sei 3—4. Im übrigen hält er den Geburtenrückgang für nicht aufhaltbar und zum Teil durch äußere und soziale Umstände begründet, auch im Interesse der Kinder selbst. Nach einer in der Würzburger Frauenklinik aufgestellten Statistik zählt er bei 420 Frauen unter 45 Jahren, von denen jede über 5 Schwangerschaften durchgemacht hat, zusammen 3440 Schwangerschaften. Von diesen endeten 420 frühzeitig, 1056 Kinder starben, so daß also nur 1964 überlebende Kinder geblieben sind. Es hatte also infolge der großen Sterblichkeit auch der Staat keinen Nutzen aus den zahlreichen Schwangerschaften. An der Hand zahlreicher Tabellen wird demonstriert, wie mit dem Rückgang der Natalität auch

ein Rückgang der Säuglingsmortalität stattfindet. Wenn weniger Kinder geboren werden, kann die Säuglingspflege besser sein, und diese hält Vortragender für wichtiger als die Bekämpfung des Geburtenrückgangs. Was wir tun können, um dessen Einfluß auf die Allgemeinheit und das Staatswohl zu paralysieren, ist die weitere Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit und die soziale Fürsorge: Stillprämien, bessere Sorge für uneheliche Kinder, Unterstützung kinderreicher Familien für den Staat. Die Säuglingsheime begrüßt Vortragender in erster Linie als Sammelstellen für Säuglingspflege und Ausbildungsstätten für Wärterinnen. Von der Bekämpfung des Geburtenrückgangs durch gesetzliche Mittel befürchtet er eine Zunahme der kriminellen Aborte.

(Physikalisch-medizinische Gesellschaft, Würzburg, 10. Juni 1914.)

Lehnerdt: **Zur Kenntnis der Rumination im Säuglingsalter.** Vortr. teilt einen Fall von Rumination bei einem Säugling mit, der im Alter von 7 Monaten mit einem Gewicht von nicht ganz 3 kg zur Aufnahme kam. Das Kind soll sich die ersten 3 Monate bei Brusternährung leidlich entwickelt haben, doch soll schon von Geburt an etwas Erbrechen bestanden haben. Nach dem Absetzen von der Mutterbrust wurde das Kind mit Schweizermilch ernährt; bei dieser Nahrung trat fast nach jeder Mahlzeit Erbrechen auf, das Kind kam immer mehr herunter, und auch ein 2 Monate später vorgenommener Wechsel der Nahrung konnte das Erbrechen nicht beseitigen und die fortschreitende Atrophie nicht aufhalten. Die Untersuchung ergab außer der hochgradigen Atrophie an den inneren Organen keine Besonderheiten. Der Bauch war eingesunken, und auf den dünnen Bauchdecken zeichneten sich die Konturen der Darmschlingen ab. Erscheinungen von Pylorospasmus (Pylorustumor, Magenversteifung und von links nach rechts über das Abdomen verlaufende peristaltische Wellen) wurden nicht beobachtet. Nach der Aufnahme auf die Säuglingsstation war die Nahrungsaufnahme anfangs sehr schlecht. Wir hatten zunächst den Eindruck, daß das Kind schlecht schlucken konnte; wie die Untersuchung mit der Sonde ergab, lag aber ein Hindernis nicht vor. Außerdem wurde zum Teil schon während des Trinkens, zum Teil gleich nach der Nahrungsaufnahme fast alles Genossene wieder herausgebracht. Eine genaue Beobachtung ergab, daß es sich dabei nicht um ein eigentliches Erbrechen handelte, sondern um einen Vorgang, der sich am besten mit dem Wiederkäuen vergleichen läßt. Das Kind machte kurze Zeit nach der Nahrungsaufnahme eigentümliche Kaubewegungen, bei denen der Unterkiefer mehrere Male stark nach abwärts bewegt wurde, bis das eben Genossene wieder in die Mundhöhle zurückgeflossen war. Wenn das Kind bei dem geschilderten Vorgang auf der Seite lag, so floß ein Teil des Inhaltes der Mundhöhle heraus, der Rest desselben wurde unter Kaubewegungen allmählich wieder heruntergeschluckt. Meist trat dieses Wiederkäuen sehr bald nach der Nahrungsaufnahme auf, seltener erst längere Zeit nach derselben. Mit dem typischen Erbrechen hatte dieser Vorgang nichts gemeinsam; eine Mitbeteiligung der Bauchpresse konnten wir nicht beobachten. Es ist klar, daß bei diesem Modus ein großer Teil der aufgenommenen Nahrung in Verlust ging und fast gar keine Nahrung in den Magendarmkanal gelangte. Infolge dieser ganz minimalen Nahrungsaufnahme war die Urinsekretion sehr gering, und die Stühle zeigten das Aussehen und die Konsistenz typischer Hungerstühle. Wir machten nun einen Versuch mit der Zufütterung breiiger Nahrung in der Hoffnung, durch eine festere Konsistenz der Nahrung das stets sehr leicht vor sich gehende Zurückfließen des Mageninhaltes in den Mund zu verhindern, und gingen, als tatsächlich bei dieser konsistenteren Nahrung das Ruminieren nachließ, dazu über, durch Zusatz von Mondamin auch der Flaschennahrung eine festere Konsistenz zu verleihen. Unter dieser Therapie stiegen die Trinkmengen an, das Körpergewicht nahm zu, die Stühle wurden besser und die Urinsekretion reichlicher. Sehr auffallend war, daß es gelang, das Kind durch Drohen am Ruminieren zu verhindern. Auch andere Beobachtungen ergaben, daß es sich zweifellos um ein neuropathisches Kind handelte. Trotz der zweifellosen Besserung ging das Kind das durch die seit 4 Monaten bestehende Ernährungsstörung offenbar schon zu schwer geschädigt war, nach 10tägigem Aufenthalt in der Klinik an einer relativ geringfügigen Bronchopneumonie zugrunde. Bei der Sektion konnten im Oesophagus, Magen und Dünndarm irgendwelche pathologische Veränderungen nicht festgestellt werden. Im Anschluß an die geschilderte eigene Beobachtung bespricht Vortr. die übrigen 14 bisher in der Literatur niedergelegten Fälle von Rumination

im Säuglingsalter. Das eigentliche Wesen und die Ätiologie der Säuglingsrumination ist noch nicht geklärt. Vortr. möchte mit der Mehrzahl der Autoren die sogenannte Ruminatio der Säuglinge als eine in ihrem Wesen noch ungeklärte Motilitätsneurose des Magens auffassen.

(Verein d. Ärzte in Halle, 24. Juni 1914. M. m. W. 1914 Nr. 38.)

Werner: **Über den fazialen Typus der Leukämie.** Vortr. berichtet über einen Fall von einseitigem Exophthalmus, der sich im Laufe von 4 Wochen entwickelte und bedingt war durch einen von der linken Tränendrüse ausgehenden Tumor. Die Eltern der 5jährigen Patientin hatten erst kurz vor der Einlieferung in die Augenklinik bemerkt, daß das Kind sehr matt und ruhig war und auffallend blaß aussah. Das Blutbild zeigte das typische Bild einer akuten lymphatischen Leukämie: 40% Hämoglobin, 1648000 Erythrozyten, 33400 weiße Blutkörperchen, davon 92% Lymphozyten, 6% polymorphkernige Leukozyten, 2% Übergangsformen. Unter den Lymphozyten waren nur sehr wenig kleine zu finden, meist waren es sehr große, atypische Zellformen mit sehr großen, schwach färbbaren Kernen, auch waren einzelne Riederformen vorhanden.

Auffallend war, daß außer dem linksseitigen Orbitaltumor und einigen sehr kleinen Drüsen am Hals keine Vergrößerung der Drüsen, auch im Röntgenbilde, nachweisbar war. Ebenso waren Milz und Leber nicht nachweislich vergrößert.

Da der Exophthalmus sehr schnell zunahm und die Lider den Bulbus nicht mehr bedecken konnten, so wurde trotz der infausten Prognose ein operativer Eingriff vorgenommen, um das noch sehende Auge vor dem Zugrundegehen zu schützen. Es wurde die linke Tränendrüse und der größte Teil des Tumors unter Erhaltung des Auges entfernt, so daß der Bulbus in die Orbita zurückgelagert werden konnte. Der Verlauf der Erkrankung war sehr progressiv. Es kam zu einem rapiden Kräfteverfall, Purpura ähnliche Hämorrhagien sowie geringe Drüsenschwellungen am ganzen Körper traten auf. Die Krankheit verlief unter dem Bilde einer pyogenen Allgemeininfektion. Der Hämoglobingehalt sank bis auf 15%, während der Zellgehalt des Blutes fast der gleiche blieb; erst einige Tage vor dem Tode trat eine myeloische Metaplasie auf. 10 Tage ante mortem waren ausgedehnte Netzhautblutungen nachweisbar.

Merkwürdig war der histologische Befund des exstirpierten Tumors. In einem Teil war normales Tränendrüsengewebe mit starker Hyperplasie des lymphatischen Gewebes vorhanden, während der eigentliche Tumor das Bild des Epitheloidzellensarkoms bot.

Da die Eltern das Kind gegen unseren Willen aus der Klinik nahmen, so konnte leider der Fall nicht bis zuletzt beobachtet werden, vor allem fand der Zusammenhang zwischen Tumor und Blutbild keine volle Klärung. Aber man ist geneigt, nach dem hämatologischen und histologischen Befund den Fall als eine Leukosarkomatose Sternbergs aufzufassen. Nach Mitteilung des behandelnden Arztes starb das Kind wenige Tage nach der Entlassung; die Erkrankung hatte in 2 Monaten zum Tode geführt.

Diskussion. Stock: Obgleich die Patientin uns aus der Klinik gegen unseren Willen fortgeholt worden ist, möchte ich die Mitteilung des Krankheitsbildes doch für erlaubt halten.

Wenn man das Krankheitsbild der Leukosarkomatose (Sternberg) anerkennt, so gehört dieser Fall ganz sicher in diese Kategorie. Zuerst Tumor in der Orbita — typisches Sarkom nach der anatomischen Untersuchung — bei subjektivem Wohlbefinden. Dann Müdigkeit, schlechtes Aussehen, also Allgemeinsymptome erst später. Es liegt sehr nahe anzunehmen, daß das Sarkom in die Blutbahn eingetreten ist und zu einer Sarkomatose des Blutes geführt hat.

(Naturwiss.-med. Gesellschaft zu Jena, 16. Juli 1914.
M. m. W. 1914 Nr. 38.)

Stamm: a) **Multiple Sklerose beim Kinde.** — b) **Kephalohämatom mit Knochenwucherung.** a) Ein 12jähriger Knabe, der das klinische Bild der multiplen Sklerose bot — initiales zentrales Skotom, dann temporale Abstoßung der Papille bei normalem Sehvermögen, reflektorische Pupillenstarre, Intentionstremor, gesteigerte Sehnen-, herabgesetzte Hautreflexe, spatische Ataxie, skandierende Sprache — und bei dem ein überraschender therapeutischer Erfolg durch Bettruhe und intramuskuläre Fibrolysininjektionen, 8mal 2,0 in 5—6tägigen Intervallen, erzielt wurde. Nach der dritten Injektion Beginn der Besserung; jetzt ist der Knabe bereits 8 Monate beschwerdefrei, von den Symptomen be-



stehen nur noch eine geringe Steigerung der Patellar- und Axillarsehnenreflexe. Ob Dauerheilung oder Remission der Leiden vorliegt, muß weitere Beobachtung lehren. — b) Ein Säugling, bei dem an dem langsam sich resorbierenden Kephalohämatom am rechten Scheitelbein sich längs des abgehobenen Periosts kuppelförmig eine Knochenlamelle (Röntgenbild) gebildet hatte, die klinisch sich durch fühlbares Pergamentknittern bemerkbar machte und allmählich zu einer soliden Knochenwucherung führte.

Stargardt: **Ätiologie der Blennorrhoea neonatorum.** Während man früher angenommen hatte, daß alle oder wenigstens fast alle Fälle von Blennorrhoe der Neugeborenen durch Gonokokken bedingt sind, haben die Untersuchungen der letzten Jahre ergeben, daß das durchaus nicht zutrifft. Schon im Jahre 1901 hatte Groenouw bei der Untersuchung von 100 blennorrhoekranken Kindern in Breslau gefunden, daß nur 41 Fälle durch Gonokokken bedingt waren. Von den übrigen 59 Fällen konnten 19 auf Infektion mit anderen Bakterien (Pneumokokken, Bacterium coli usw.) zurückgeführt werden; in 40 Fällen waren jedoch Bakterien nicht als Erreger anzusprechen. Diese abakteriellen Fälle blieben ätiologisch zunächst vollkommen dunkel. Im Jahre 1908 fand Vortr. in einem solchen Falle von abakterieller Neugeborenenblennorrhoe in den Epithelzellen der Bindehaut eigenartige Einschlüsse, die morphologisch mit den von v. Prowacek und Halberstädter kurz zuvor veröffentlichten Einschlüssen beim Trachom identisch waren. Dieser Befund wurde von Schmeichler und einer Reihe anderer Autoren bestätigt. Jetzt wird die abakterielle Blennorrhoe der Neugeborenen allgemein als „Einschlußconjunctivitis“ oder „Einschlußblennorrhoe“ bezeichnet. Daß in den Einschlüssen der Epithelzellen das Virus enthalten ist, ist die Ansicht der meisten Autoren. Die Einschlußconjunctivitis stellt also eine Chlamydozoenerkrankung vor. Für diese Auffassung sprechen vor allem die zahlreichen positiven Übertragungen auf Affen, vor allem Paviane. Auch Vortr. ist es in einem Falle gelungen, die Erkrankung auf einen Pavian zu übertragen. Die Infektion eines Mangabe mißlang. Über weitere Untersuchungen, die Vortr. zusammen mit v. Prowacek anstellt, wird an anderer Stelle berichtet werden. Das klinische Bild der Einschlußconjunctivitis unterscheidet sich häufig durch den geringeren Grad, den die Entzündung zeigt, von dem gonorrhoischen Katarrh. Doch ist davor zu warnen, allein auf Grund des klinischen Bildes die Diagnose zu stellen. Erkrankungen des Augapfels kommen bei reiner Einschlußconjunctivitis nicht vor. Es ist aber zu beachten, daß auch Mischinfektionen beobachtet worden sind (Heymann u. a.), also Fälle, in denen nicht nur das Virus der Einschlußconjunctivitis, sondern auch noch Gonokokken übertragen wurden. Die Infektion des Neugeborenen erfolgt in derselben Weise, wie die Infektion mit Gonokokken. Das ergibt sich daraus, daß in der Vagina der Mütter von Säuglingen, die an Einschlußconjunctivitis leiden, dieselben Einschlüsse gefunden sind, wie in den Epithelien der Augenbindehaut (Fritsch, Hofstätter, Lindner), und daß es auch mit dem Vaginalsekret gelang, beim Pavian eine Einschlußkonjunctivitis zu erzeugen. Die Ansicht, daß die Einschlußconjunctivitis identisch mit dem Trachom ist, lehnt Vortr. ab. Eine spezifische Therapie existiert bisher nicht. Am zweckmäßigsten werden die Einschlußconjunctivitiden genau so behandelt wie die gonorrhoischen Blennorrhöen. Vortr. demonstriert Epithelzellen mit typischen Einschlüssen von einem reinen Fall von Einschlußconjunctivitis.

(Ärztl. Verein in Hamburg, 12. Mai 1914.)

III. Monats-Chronik.

Berlin. Durch Ministerialerlaß sind die Schulen angewiesen, mit Rücksicht auf die Ungezieferplage und die Möglichkeit der Ansteckung mit Fleck- und Rückfallfieber die Schulkinder zu größter Zurückhaltung vor Gefangenen anzuhalten. Namentlich wo letztere in landwirtschaftlichen und anderen Betrieben notwendigerweise mit der ansässigen Bevölkerung in Berührung kommen.

Greifswald. Dr. Klose hat sich für Kinderheilkunde habilitiert.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

20. Jahrgang. November 1915. Nr. 11.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Erwin Thomas, Ein Fall von Arachnodaktylie mit Schwimmhautbildung und einer eigenartigen Ohrmuscheldeformität. (Ztschr. f. Kindhlk. 10. H. 2, 3 u. 4. 1914. S. 109.) Die Mißbildung charakterisiert sich durch auffallende Verlängerung und Schmalheit von Händen und Füßen (auch der Finger und Zehen). Die Mißbildung der Ohren charakterisiert sich durch folgende Momente: Die Anthelix sehr stark ausgeprägt, überragt die Helix. Außergewöhnlich stark sind die Crura helicis entwickelt, sie setzen sich in eine sehr prominente, zur Längsachse der Muschel senkrecht stehende Duplikatur fort, welche in ihrem Anfangsteil die äußere Ohröffnung nach oben abschließt und die Ohrmuschel scheinbar in eine obere und eine untere Hälfte teilt. Sämtliche in der Literatur befindlichen Fälle gehören dem weiblichen Geschlechte an. Schick (Wien).

H. Husler, Über symmetrischen progressiven Fettschwund im Kindesalter. (Ebenda. 10. H. 2, 3 u. 4. 1914. S. 116.) Der erste Fall war bis zum 6. Lebensjahr kräftig und voll. Von da ab Abmagerung sehr stark, im Gesicht. Sie nahm ganz allmählich zu, so daß sie erst im 10. Lebensjahre so auffällig wurde, daß die Eltern ärztliche Hilfe suchten. Appetit dabei ungestört, Pat. aß für drei. Er aß alles, was er fand.

Im zweiten Falle (9jähriger Knabe) begann die Erkrankung im 7. Lebensjahre. Der Fettschwund im Gesicht erwies sich ebenfalls als progredient und war durch keine therapeutische Maßnahme zu beeinflussen. Die Fälle erinnern an die von Simon beschriebene Lipodystrophie. Die Pathogenese der Erkrankung ist unklar.

Schick (Wien).

Heinrich Barth, Untersuchungen zur Physiologie des Saugens bei normalen und pathologischen Brustkindern. (Ebenda. 10. H. 2, 3 u. 4. 1914. S. 129.) Untersuchungen mit graphischer Registriermethode. Auf die Brust wurde ein Saughütchen angelegt. An der Innenwand der Erhebung, die der Mamille entspricht, lief nun ein ganz feines, von Gummi umgebenes Metallröhrchen. Dieses nahm seinen Anfang von einer der feinen Stichöffnungen, die beim Saugen in den Mund des Kindes hineinragen, das andere Ende des Metallröhrchens wurde mittels Gummischlauch mit dem Manometer in Verbindung gebracht. Es ergibt sich, daß jede Brust einen bestimmten Druck benötigt, den Verf. als Prä-

dilektionsdruck bezeichnet. Das Kind stellt eine bestimmte Druckhöhe her und diese wird während des größten Teiles des Saugaktes festgehalten, sei es ohne oder mit kaum vermehrten Niveauschwankungen, sei es mit starken Schwankungen sowohl nach der positiven als negativen Seite. Bei trinkfaulen Kindern besteht eine mangelnde Anpassungsfähigkeit an die Brust. Das Kind erzeugt nicht den nötigen Prädilektionsdruck. Es ist wahrscheinlich, daß die Trinkfaulheit in einem ungenügenden Funktionieren des Saugreflexmechanismus ihre Ursache hat. Schick (Wien).

Mathilde Lateiner-Mayerhofer, Histologische und zytologische Untersuchungen am Knochenmark des Säuglings. (Ebenda. 10. H. 2, 3 u. 4. 1914. S. 152.) In zahlreichen Schnittpräparaten aus dem Säuglingsknochenmark sind ganz deutliche Übergangsformen von ungranulierten Zellen zu den neutrophilen Myelozyten sichtbar; dadurch ist die direkte Entstehung der Myleozyten aus undifferenzierten granulationslosen Zellen, die bisher nur für das fötale menschliche Knochenmark, für pathologische Blutbildung beim Menschen und für das normale Knochenmark des neugeborenen Kaninchens und Meerschweinchens erhärtet wurde, auch für das normale postfötale Knochenmark des Menschen erwiesen. Das Knochenmark der während der Geburt verstorbenen Kinder zeichnet sich durch einen auffallenden Reichtum an polymorphkernigen Neutrophilen aus — in Analogie zur neutrophilen Leukozytose des Blutes des Neugeborenen. Das Knochenmark von Föten sowie auch von ganz jungen Säuglingen (bis zu 14 Tagen), bei denen keine leukozytische Erkrankung vorangegangen ist, zeichnet sich durch ein bedeutendes Überwiegen der ungranulierten Zellen über die granulierten Neutrophilen aus. Bei den älteren Säuglingen, die an einer akuten oder chronischen Krankheit gestorben sind, sind die Zahlen der granulierten neutrophilen Zellen wechselnd, von ganz geringen Werten beginnend, wie in der vorher erwähnten Gruppe bis zu 90 %; jedenfalls läßt es sich feststellen, daß die geringsten Werte bei einem kräftigen, schnell verstorbenen Kind (Krupp) und bei einem Masernkind sich fanden, also in Fällen, die bei Lebzeiten keine Leukozytose, eher Leukopenie hatten. Die höchsten Werte der granulierten Zellen fanden sich in Fällen von langwierigen pyogenen Erkrankungen und bei langdauernden chronischen Gastroenteritiden; diese Erkrankungen gehen erfahrungsgemäß mit hoher und langdauernder neutrophiler Leukozytose einher. In den 9 Fällen, in welchen in vivo Blutuntersuchungen vorgenommen wurden, ließ sich nahezu immer eine Übereinstimmung zwischen der Intensität der neutrophilen Leukozytose des Blutes und dem Reichtum des Knochenmarks an Granulozyten feststellen. Als Eigentümlichkeit der Schnittpräparate ließ sich der Zellreichtum des Gewebes, welcher besonders in dem granulozytenreichen Knochenmarke intensiv war, feststellen. Retikulärer Bau war nur äußerst selten im Knochenmarke erhalten. In den Schnittpräparaten fielen die meisten zahlreichen Megakarozyten auf. Die von Oehme so oft gefundenen Lymphfollikel wurden unter den Präparaten nur einmal beobachtet. Schick (Wien).

E. Stettner, Über schwere Anämie im Kindesalter. (J. f. K. 30. S. 467ff.) Anämie entsteht durch gesteigerten Blutzerfall. Dieser erfolgt auf die verschiedensten Ursachen hin bei Kindern, besonders häufig aber im Anschluß an Infektionskrankheiten. Dem Fortschreiten der Anämie wird durch Regenerationen in den Blutbildungsstätten entgegengearbeitet. In schweren Fällen von interkurrenten Infektionen kommt verminderte Leukozytenvermehrung und herabgesetzte Neutrophilie zustande, in den schwersten Fällen kommt es zu Reizungsleukozytose mit absoluter Lymphozytose wegen des physiologischen Mangels an Neutrophilen in den ersten Lebensjahren. Sehr schwere Anämien sind im Kindesalter völliger Restitution fähig.

Husler (München).

A. Stegemann, Die pathologisch-anatomischen Veränderungen des Myokards und der Herzganglien beim Scharlach. (Ebenda. 30. S. 490ff.) Untersucht wurden 49 Scharlachherzen. Bei den schwer toxischen Fällen mit kurzer Krankheitsdauer sind die parenchymatösen Veränderungen nur schwach ausgeprägt. Bei den infektiösen Formen mit langer Krankheitsdauer kommen neben diesen Veränderungen auch Verfettung und Nekrose vor. Bei jenen Fällen fehlt die interstitielle Rundzelleninfiltration, bei diesen ist sie stets vorhanden. Rundzelleninfiltration im Stroma der Herzganglien wurde vom 1. Krankheitstag an gefunden, ebenso Verfettung und Nekrose der Nervenzellen. Bei den hypertoxischen Fällen war die Menge und Größe der Nisslkörperchen auffallend vermindert im Gegensatz zu den infektiösen Formen. Das Scharlachtoxin scheint keine elektive Wirkung auf das Reizleitungssystem zu entfalten. Verf. schließt aus seinen Befunden, daß die Ursache der Herzlähmung beim Scharlach in den Veränderungen der Herzganglien zu suchen ist.

Husler (München).

K. Takasu, Über zwei eigentümliche Säuglingskrankheiten bei natürlicher Ernährung in Japan. (Ebenda. 30. S. 500ff.) I. Die Säuglingskakke. Wird von stillenden Müttern, die an Kakke leiden, auf den Säugling übertragen. Der Übertragungsmodus ist noch unklar. Als charakteristische anatomische Befunde werden angetroffen: erhebliche Hypertrophie und Dilatation des Herzens, Nervenveränderungen, Stauungs- oder indurierte Lunge, fettige Degeneration in den parenchymatösen Organen u. a. Das klinische Bild kann dreifach variieren. Die häufigste Form ist die paralytische oder neuromuskuläre, mit chronischem Verlauf und mit motorischen Hirnnervenlähmungen einhergehend. Meist letal geht die kardiale oder perniziöse Form aus. Eine dritte Form ist die hydropische, renale. Die Prognose ist nur bei der kardialen ungünstig. Therapie: die Säuglingskakke heilt, wenn man ab- oder auf eine gesunde Frau umstillt.

II. Die spasmophile Dyspepsie. Befallen werden überernährte, dicke Kinder wohlhabender Familien zwischen dem 6. und 12. Lebensmonat. Sommerkrankheit. Die Hauptsymptome sind: Dyspepsie (grüne Stühle, Erbrechen), Spasmophilie (Krämpfe, Meningismus), Anämie mit massenhaft granulierten Erythrozyten. Häufig verbindet sich Rachitis und später Atrophie damit. Ätiologie unklar. Es wird

intestinale Autointoxikation, Überfütterung u. a. als Ursache angenommen. Therapie: Abstillen, symptomatische Behandlung. Die Prognose ist immer ernst, Mortalität etwa 70 %.

Husler (München).

Witzenhausen (Mannheim), Zur Behandlung der Oberschenkelfrakturen. (D. m. W. 1915 Nr. 20.) Der Verletzte wird — Verf. hat die Methode hauptsächlich bei Kindern anzuwenden Gelegenheit gehabt — tiefer gelegt, als die übliche Höhe des Operationstisches oder sonstigen Tisches ist, etwa in Kniehöhe auf eine Bank, Bett, kurz, was zur Lagerstätte gerade da ist, selbst auf den Boden, womöglich entkleidet. Nunmehr wendet man sich an die gesunde, nicht verletzte Seite, bringt das gesunde Bein in eine im Hüftgelenk etwa 45°, im Kniegelenk etwa 90°, im Fußgelenk, was übrigens hierbei eine nebensächliche Rolle spielt, auch etwa 90° gebeugte Stellung. Nach diesem Bein modelliert man nun des Verfassers biegsame Drahtschiene, die dann, wie üblich, gepolstert wird. Nach der Polsterung wird das gesunde Bein in reiner Beugestellung nochmals auf die Schiene aufprobiert, ob sie tatsächlich gut sitzt. Die Schiene soll hinten weit hinaufragen bis zu einem Punkt, welcher rechts und links irgendwie bezeichnet wird.

Nunmehr wendet man sich mit der so modellierten Schiene an die verletzte Seite. Ist keine Knochenverschiebung da, so legt sich das verletzte Bein genau in die nach der gesunden Seite modellierte Schiene und wird auf dieser mit Binden fixiert.

Ist eine (starke) Dislokation vorhanden, wie es meist der Fall ist, so verfährt man folgendermaßen: Ein oder zwei Gehilfen fassen das verletzte Bein am Unterschenkel fest an, beugen es im Knie- und Hüftgelenk und suchen nun den (wie oben bemerkt) tiefer unten liegenden Patienten an dem im Kniegelenk etwa rechtwinklig gebeugten Unterschenkel förmlich von der Unterlage abzuheben. Hierdurch wird durch das Gewicht des Verletzten ein solcher Zug ausgeübt, wie er durch kein anderes Mittel, keinen Gegenzug erreicht werden kann, und eine Dislokation wohl in den meisten Fällen beseitigt. Während des Anhebens — es braucht kein vollständiges Aufheben des Kranken zu sein — kann man übrigens noch durch Auflegen der Hand auf den Oberschenkel die Bruchstelle kontrollieren. Nunmehr legt man das korrigierte Bein auf die, wie oben angegeben, fertiggestellte Drahtschiene. Legt sich das Bein nunmehr genau in die Schiene herein, so ist dies der sicherste Beweis, daß die Korrektur der Dislokation vollkommen ist, und das ist dank des kräftigen Gegenzuges meist der Fall, sonst müßte das Anheben am Unterschenkel nochmals vorgenommen werden. Nunmehr wird durch die übliche Bindeneinwicklung das ganze Bein bis über Becken- und Lendengegend an die Schiene fixiert. Der Verband des Oberschenkelbruches — Verf. sieht hier ab von einer Weichteilverletzung, die vom Auflegen des Beines auf die Schiene versorgt werden müßte, aber auch erst nachher versorgt werden kann — ist hiermit fertig, und zwar nicht nur für einen kurzen Transport, sondern für die ganze Dauer der Behandlung bis zur festen Konsolidation. Dabei hat man die ständige Kontrolle über das Bein (auch ohne Röntgendurch-

leuchtung) täglich klar vor Augen, denn eine idealere Heilung, als wenn das verletzte Bein genau so lang wird wie das gesunde, dürfte wohl niemand verlangen. Und hierfür birgt eben der gute Sitz der modellierten Schiene.

Verf. möchte nur noch darauf hinweisen, daß diese Art der Behandlung auch sonst große Vorteile bietet; es kann sofort nach der Anlegung mit passiven und aktiven Bewegungen im Knie- und Fußgelenk begonnen werden, es braucht nur die Binde von diesen bzw. vom Unterschenkel und Fuß abgenommen zu werden, um dann wieder angelegt zu werden. Auch die Weichteilwunden können ohne Abnehmen der Schiene gut versorgt werden usw.

Die zwei wichtigsten Punkte bei dieser Methode sind die:

1. Es kommt eine Schiene zur Anwendung, die genau die Länge des gesunden, nicht verletzten Beines wiedergibt.

2. Die Korrektur der etwa vorhandenen Knochendislokation findet durch das eigene Körpergewicht des Verletzten ohne irgendwelchen Gegenzug in äußerst wirksamer Weise statt.

In etwas modifizierter Weise kann diese Methode auch beim Oberarmbruch angewandt werden.

Bedingung ist nur selbstverständlich das Vorhandensein der Drahtschienen in der richtigen Länge (auch Weite), sowie von einer Beschaffenheit, daß sie zwar durch kräftigen Druck der Hände und Arme sich biegen lassen, aber nicht schon durch leichten Fingerdruck.

Grätzer.

Erich Peiper, Zur Frage der spezifischen Behandlung des Typhus abdominalis. (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Greifswald.) (Ebenda. 1915. Nr. 21.) Dem Verf. bot sich Gelegenheit, bei drei älteren Kindern die spezifische Behandlung des Typhus vorzunehmen.

F. M., Aufnahme am 12. Oktober 1914, am 7. Tage nach dem Auftreten von Kopfschmerzen. Fieber seit drei Tagen. Der Beginn der Behandlung verzögert sich infolge der bakteriologischen Untersuchung des Stuhles. Fieber zwischen 39—39,9° C. Viermalige Einspritzung mit Typhusschutzimpfstoff, wie wir ihn für die Schutzimpfung bei den Verwundeten benutzen. Innerhalb sieben Tagen völlige Entfieberung nach viermaliger Injektion von 0,1—0,4 ccm.

In ähnlicher Weise unter Anwendung einer zweimaligen Dosis von je 0,2 ccm verlief ein Fall von Typhus levis.

Bei einem 11jährigen Knaben mit ausgesprochenem Typhus bestand bei der Aufnahme ein sehr erheblicher Bronchialkatarrh. Diazo, Widal, Typhusbazillenbefund + + +. Einspritzungen am 8., 10., 12. Krankheitstage. Am 15. Tage deutliche Remission des Fiebers. Am 16. Tage setzte eine Pneumonie ein, die unter fieberhaften Erscheinungen bis zum 27. Krankheitstage anhielt.

Auch in diesem Falle war eine günstige Beeinflussung des typhösen Prozesses ohne jeden Zweifel vorhanden. Das Sensorium klärte sich nach der zweiten Einspritzung auf. Der Stuhl wurde nach 8 Tagen fest. Die Pneumonie erschwerte in diesem Falle die objektive Beurteilung des Erfolges der Typhusbehandlung.

Grätzer.

Schute, Natürliche Ernährung und Gewichtsverhältnisse von 100 Säuglingen der Osnabrücker Hebammenlehranstalt. (Ebenda.) 1. Das frühe Anlegen nach dem ersten erquickenden Schlaf

der Mutter, spätestens nach 9 Stunden post partum des Kindes, hat sich beim Verf. bewährt.

2. Für die ersten Wochen ist Verf. für häufigeres als 5maliges Anlegen, 6—7—8mal, nach dem Anfangsgewicht unterscheidend.

3. Das Abmassieren der Milch hat sich als eine ausgezeichnete, schonende Methode der Brustentleerung erwiesen.

4. An den 6 Fällen, die Allaitement mixte indizierten, hat Verf. irgendwelche Schäden nicht beobachtet, wohl aber ein promptes Ansteigen der Gewichtskurven neben gesunder Entwicklung der Säuglinge.

5. Bei seiner Ernährungsweise erreichte Verf. 94 % Stillfähigkeit im strengsten Sinne des Wortes, d. h. 94 Mütter vermochten ausschließlich mit eigener Milch dem Nahrungsbedürfnisse ihrer Kinder gerecht zu werden.

Es sei noch erwähnt, was Verf. über die Behandlung wunder Brustwarzen sagt: „Für die Behandlung dieser Stillschwierigkeit hat man die verschiedensten Ratschläge erteilt. Dem chirurgischen Empfinden entspricht es wohl am meisten, diese kleinen Wunden ruhigzustellen und ihnen Zeit zur Ausheilung zu lassen, anstatt auf sie durch erneutes Anlegen immer wieder die alte Noxe einwirken zu lassen. Dieser Forderung werden wohl am meisten die Saughütchen gerecht, die auch am besten eine Infektion hintanzuhalten vermögen. Andererseits werden die verschiedensten Salben empfohlen: Perubalsamsalbe, 2 %ige Airolsalbe usw. Wir kombinierten in vielen Fällen Saughütchen und Salbenbehandlung und gebrauchten mit gutem Erfolge:

Rp.: Acid. boric. . . 5,0
Zinc. oxyd. . . 10,0
Naphthalan . .
Adip. lan. aa . 25,0

Ferner haben wir ohne Anwendung eines Saughütchens in letzter Zeit 10 %ige Euguformsalbe in Tuben gebraucht und sind bislang mit dem Erfolge zufrieden. Die Salbe wird nach jedem Trinken dünn aufgetragen und mit Gaze bedeckt. Vor dem erneuten Anlegen wird dann mit einem Wattebausch die Salbe entfernt und die Warze mittels eines mit Alkohol benetzten Tupfers abgerieben. Nach Aussage der Wöchnerinnen verursacht die Salbe ein kühlendes, angenehmes Gefühl."

Grätzer.

F. Reiche, Scharlach und Diphtherie in ihren Beziehungen zur sozialen Lage. (B. kl. W. 1915 Nr. 24.) Verf. nimmt zur Basis seiner statistischen Erhebungen zwei ganz arme und zwei recht wohlhabende Stadtteile Hamburgs. Er zeigt, wie für die vorliegende Frage die tatsächlichen Verhältnisse durchaus verzerrt erscheinen, wenn man nur die Morbidität und nur die Sterbeziffern berücksichtigt; erst der Vergleich beider gibt die Situation klar wieder.

Grätzer.

Wilhelm Koch, Beitrag zur Kenntnis der Serumanaphylaxie beim Menschen und deren Verhütung. (Aus der II. inneren Abteilung des städt. Krankenhauses Charlottenburg-Westend.)

(Ebenda. 1915 Nr. 26.) Im Jahre 1909 machten Neufeld und Händel in einer Arbeit über Antipneumokokkenserum auf Grund von Tierversuchen, die Neufeld und Wedemann angestellt hatten, als erste den Vorschlag, das Prinzip der Antianaphylaxie in der Therapie zur Vermeidung der Gefahren der intravenösen Seruminjektionen nutzbar zu machen. Nach ihrer Mitteilung kann man im Tierexperiment „der Gefahr der intravenösen Injektionen offenbar in hohem Maße dadurch vorbeugen, daß man einige Stunden vorher eine kleine Serummenge subkutan injiziert."

In einer späteren Arbeit über die Serumtherapie der Pneumonie aus dem Jahre 1912 teilten Neufeld und Händel mit, daß auch Besredka auf Grund eigener Untersuchungen auf dem internationalen medizinischen Kongreß in Budapest 1909 die subkutane Injektion kleiner Serumdosen zum Schutz gegen eine nachfolgende größere intravenöse Injektion für die Praxis empfohlen hat. Besredka hatte sensibilisierte Meerschweinchen durch intraperitoneale Seruminjektionen gegen nachfolgende intrazerebrale schützen können.

Jochmann erwähnt im „Lehrbuch der Infektionskrankheiten" im Kapitel „Serumkrankheit" neben anderen Methoden zur Verhütung der Serumkrankheit auch den Vorschlag, der intravenösen Injektion eine subkutane vorausgehen zu lassen; er bediente sich dieser Methode namentlich bei der Behandlung postdiphtherischer Lähmungen und „spritzte 4 Stunden vor der eigentlichen großen Serumdosis eine ganz geringe Serummenge, z. B. 0,5—1,0 ccm Diphtherieserum ein".

Auch auf der II. inneren Abteilung des Krankenhauses Westend werden im Anschluß an den Vorschlag von Neufeld und Händel einige Stunden vor der intravenösen Einspritzung geringe Mengen (etwa 5 ccm) Serum subkutan injiziert.

Daß diese Vorsichtsmaßregel, die sich bis jetzt stets als zuverlässig erwies, doch nicht in allen Fällen genügt, lehrte der Fall eines unmittelbar im Anschluß an eine intravenöse Seruminjektion erfolgten Exitus, der nicht anders als ein Fall von Anaphylaxietod zu deuten ist.

Zusammengefaßt, handelt es sich um den Fall eines 6jährigen scharlachkranken Kindes, das am 3. Krankheitstage wegen klinischen Diphtheriebefundes 3,75 ccm Diphtherieheilserum (1500 I.-E.) intramuskulär injiziert erhält. Am 6. Krankheitstage erfolgt eine erneute Injektion von Diphtherieheilserum: 7,5 ccm intravenös (3000 I.-E.). Intravenöse wie intramuskuläre Injektionen werden zunächst reaktionslos vertragen. Am 10. Krankheitstage, also 7 Tage nach der ersten Injektion, tritt ohne Störung des Allgemeinbefindens ein Serumexanthem auf, welches rasch wieder verschwindet. Am 20. Krankheitstage entschließt man sich zu einer Antistreptokokkenseruminjektion, da sich ein septikopyämisches Bild herausbildet. Der Hauptinjektion läßt man zunächst eine als Anaphylaxieschutz gedachte Subkutaninjektion von 5 ccm Antistreptokokkenserum um 11 Uhr 45 Min. vormittags vorausgehen. Es treten keinerlei Reaktionserscheinungen auf. Nach $5^1/_4$ Stunden folgt eine intravenöse Injektion von 10 ccm Antistreptokokkenserum. Tod in wenigen Minuten unter Zyanose, Krämpfen, Atemstillstand. Hinzuzufügen ist noch, daß am

5. und 10. Krankheitstage je eine intravenöse Injektion von Neosalvarsan 0,1 eingeschaltet wurde. Ob diese Injektionen auf die Allergie des Kindes von Einfluß waren oder nicht, muß man dahingestellt sein lassen.

Jedenfalls hat sich nach den am 3. und 6. Krankheitstage ausgeführten Diphtherieheilseruminjektionen, unter denen sich eine zunächst reaktionslos vertragene intravenöse befand, bis zum 20. Krankheitstage, also nach einem Intervall von 14 bzw. 17 Tagen, ein so hoher Grad der Anaphylaxie herausgebildet, daß der nach den Erfahrungen des Tierexperiments wirksame Schutz einer $5^1/_4$ Stunden vorausgehenden Subkutaninjektion versagte und der unmittelbare Tod unter dem Bilde des anaphylaktischen Shocks erfolgte.

Wahrscheinlich ist der schwere Allgemeinzustand des kranken Kindes von nicht unwesentlicher Bedeutung für den tödlichen Ausgang gewesen, insofern, als der schon schwer geschädigte Organismus den Erscheinungen des Shocks keine genügenden Kräfte entgegenzusetzen hatte, im Gegensatz zu einem anderen Fall, in welchem bei intravenöser Serumapplikation ohne vorausgegangene Schutzinjektion der Shock trotz schwerster Erscheinungen überstanden wurde.

Als weiterer Gesichtspunkt kommt in Frage, daß der schwere Allgemeinzustand möglicherweise infolge Darniederliegens der Blutzirkulation oder aus anderen, noch unbekannten Ursachen von störendem Einfluß auf die reguläre Ausbildung der Antianaphylaxie gewesen ist, die durch die vorausgehende Subkutaninjektion angestrebt war. Es dürfte sich daher empfehlen, bei Patienten, die in ihrem Allgemeinzustand stark geschädigt sind, die Frage nach etwa früher erfolgten Seruminjektionen besonders ernst zu bewerten.

Ferner scheint es ratsam zu sein, ein längeres Intervall zwischen subkutaner Vorinjektion und intravenöser Reinjektion zu wählen — statt der bisher üblichen 4—6 Stunden etwa 24 Stunden —, um zur Absättigung der in Frage stehenden Rezeptoren mehr Zeit zu lassen. Grätzer.

W. Herzog, Ein Fall von allgemeiner Behaarung mit heterologer Pubertas praecox bei 3jährigem Mädchen (Hirsutismus?). (Aus der chirurgischen Universitäts-Kinderklinik München.) (M. m. W. 1915 Nr. 6/7.) Wenn man nach der Ätiologie dieses Falles fragt, so dürfte zunächst eine Affektion der Zirbeldrüse ausgeschlossen sein. Denn bei dieser werden nie Gehirnsymptome, zum Teil sogar sehr schwere, vermißt, die hier vollständig fehlen. Außerdem spricht auch das heterologe Verhalten der sekundären Geschlechtsmerkmale dagegen, das bei Zirbelaffektionen nicht beobachtet wird.

Auch eine Affektion der Hypophyse kann nicht angenommen werden; denn dagegen spricht vor allem das radioskopische Bild, das vollkommen normales Verhalten der Hypophyse zeigt; dann ebenfalls der Mangel jeglicher Gehirnsymptome und das heterologe Verhalten der sekundären Geschlechtsmerkmale. Ferner werden Hypophysenaffektionen erst im späteren Alter nach Abschluß des

Körperwachstums beobachtet mit ungleichem stärkeren Wachstum einzelner Teile.

Krankhafte Veränderungen oder Tumoren der Keimdrüsen, die mehrfach Frühreife oder Störungen der Geschlechtsfunktion hervorgerufen haben, waren nicht nachweisbar.

Am meisten Ähnlichkeit scheint der Fall mit dem sogenannten Hirsutisme (Apert) zu haben. Ein Individuum von $3^1/_2$ Jahren mit normalen äußeren und, soweit tastbar, inneren weiblichen Geschlechtsorganen zeigte seit Ende des 2. Lebensjahres proportioniert verstärktes Wachstum des ganzen Körpers und dei Sexualorgane, geistige Frühreife, starke Haarentwicklung am ganzen Körper, Bartbildung, vergrößerte Klitoris und heterologes Verhalten der sekundären Geschlechtsmerkmale (Pseudohermaphroditismus secundarius, Alban). Alle diese Symptome stimmen mit dem von Apert gezeichneten Krankheitsbild überein.

Zum Begriff des Hirsutismus gehören aber die Veränderungen der Nebennierenrinde, und zwar mehr oder minder umfangreiche Tumoren, und bei den Apertschen Fällen sind auch immer derartige Tumoren bei den Sektionen oder Operationen festgestellt worden, wodurch die Diagnose erst gesichert wurde. Da davon hier bis jetzt nichts nachzuweisen ist, kann auch von einer sicheren Diagnose auf Hirsutismus nicht die Rede sein.

Bei den jetzt bekannten Fällen war der längste Verlauf 6 Jahre. Bei vorliegendem Falle ist die Entwicklung der Symptome erst seit $1^1/_2$ Jahren bemerkt worden, so daß noch ein Tumor auftreten kann. Die Prognose muß deshalb dubiös gestellt werden, da man nicht weiß, wie der weitere Verlauf sein wird und ob sich ein Tumor entwickelt oder Molimina einstellen werden. Bisher erfreut sich das Kind des besten Wohlseins nach jeder Richtung hin. Bei echtem Hirsutismus ist die Prognose bis jetzt absolut infaust; mit Ausnahme eines einzigen Falles haben alle bekannt gewordenen Fälle letal geendet.

Was die Therapie anbetrifft, so wünschen die Eltern vor allen Dingen, daß die anormale Bartentwicklung im Gesicht beseitigt würde, da diese Verunstaltung auf dem platten Lande als ein Strafgericht Gottes angesehen würde. Zur vollständigen Beseitigung ist wenig Aussicht vorhanden; denn außer kosmetischen Mitteln, die teilweise unsicher, wohl alle auch bloß kurzwirkend sind, steht nichts zur Verfügung. Die besten Dienste hat Verf. ein Enthaarungsmittel geleistet, das aus 11 % Baryumsulfid und 89 % Tonerde besteht. Breiartig aufgetragen und einige Minuten liegen gelassen, entfernt es prompt die Haare, allerdings wachsen sie bald wieder nach. Versuche mit Röntgenstrahlen sind noch nicht abgeschlossen.

Auch den Standpunkt, eine Laparotomie zu machen und die eventuell vermuteten Hoden zu entfernen, um die sekundären Merkmale zu beseitigen, kann Verf. nicht teilen. Denn er geht von der Ansicht aus, daß Keimdrüsen und äußere sekundäre Geschlechtsmerkmale stets konform sind und voneinander abhängen, die aber heute, wie oben ausgeführt, nicht mehr festgehalten werden kann. Außerdem würde man, wenn es wirklich gelänge, dadurch das Individuum geschlechtslos machen. Ein Zurückgehen von frühentwickelten

Geschlechtsmerkmalen und Frühreife ist außerdem bloß nach Operation von einseitigen Tumoren der Geschlechtsdrüse beobachtet worden, wovon aber in vorliegendem Falle nichts zu konstatieren ist.

Bloß ein Grund wäre für die Laparotomie vorhanden, nämlich die Absicht, das Geschlecht des Kindes zweifellos festzustellen. Aber auch hierüber meint P. Fraenckel, daß die Operation für die Geschlechtserkenntnis wahrscheinlich ergebnislos verlaufen würde, und daß sie bloß dann eventuell nicht zu umgehen sein werde, wenn fremde Rechte von dem Geschlechte des Zwitters abhängen, also Erbrechte, wie beim Majorat oder bei der Thronfolge. Dies kommt aber bei vorliegendem Falle sicher nicht in Betracht.

In bezug auf die Tumoren wäre bei dem weiten Verbreitungsgebiet, in dem sich solche Tumoren entwickeln können, ohne palpabeln Tumor eine Laparotomie nicht angezeigt. Sobald aber ein Tumor nachgewiesen werden kann, wäre natürlich so bald als möglich die Herausnahme auszuführen. Denn die Mortalität dieser Fälle ist ohne Operation 100%; aber auch, wie Jump meint, die Chancen der Operation sind sehr ungünstig, da solche Kinder wenig widerstandsfähig selbst gegen geringfügige Eingriffe seien. Grätzer.

F. Reiche (Hamburg), Seltene Verlaufsformen und Komplikationen der Plaut-Vincentschen Rachen- und Mundentzündungen. (Ebenda. 1915 Nr. 7.) Schilderung von 2 Fällen (17jähriges und 11jähriges Mädchen). Ungewöhnlich war in Fall 1 das tiefe Darniederliegen des Gesamtbefindens mit anhaltendem schweren, auf Pyramidon und Brom nicht weichenden Kopfschmerz, der zusammen mit der Leukopenie, den Fiebertemperaturen und der Milzvergrößerung an Ileotyphus zeitweise denken ließ und bei Eintritt der Abduzenslähmung eine scharfe Differentialdiagnose gegen Meningitis tuberculosa forderte. Immerhin schloß einen Typhus abdominalis das Ergebnis der kulturellen Stuhluntersuchung und der bakteriologischen und serologischen Prüfung des Blutes aus.

Ungewöhnlich war ferner der Umfang der von den hartnäckigen membranoulzerösen Prozessen langsam herbeigeführten Substanzverluste, durch die das Zäpfchen bis auf kürzesten Stumpf beseitigt wurde, und an weichem Gaumen und Gaumenbögen ein großer, narbiger, unregelmäßig begrenzter Defekt zurückblieb, der an abgelaufene luetische Zerstörungen erinnerte; eine syphilitische Affektion lag nach Aussehen und Verlauf der Ulzerationen, nach der Untersuchung des Geschwürsekretes und der negativen Wa.-R. im Blut und Liquor spinalis nicht vor.

Mit den bisherigen Erfahrungen harmonierte des weiteren nicht die so ausgesprochen starke Leukozytenverminderung.

Nicht ohne Analogon steht die einseitige, am 26. Krankheitstage entwickelte, nach $3^1/_2$ Wochen geschwundene Abduzenslähmung da — die als solche bei dieser Angina noch nicht beobachtet wurde —, denn auch in Verf.s Beobachtungskreise kamen periphere Lähmungen, mehrere Male des Gaumensegels, einmal daneben auch der unteren Extremitäten, als Folgeerscheinung der Vincentschen Affektion vor. Es sei im Hinblick auf diese Komplikation noch einmal besonders

hervorgehoben, daß die Anwesenheit von Löfflerbazillen durch wiederholte und von verschiedenen Seiten ausgeführte kulturelle Untersuchungen von Rachenabstrichen mit aller Sicherheit ausgeschlossen wurde. Neben der Augenmuskellähmung war eine Akkommodationsstörung vorhanden, die in der 7. Krankheitswoche einsetzte und 10 Wochen später noch nicht ganz sich wieder verloren hatte.

Wir haben in diesen uns von der Diphtherie her am meisten geläufigen Alterationen des Nervensystems toxische Einwirkungen von der fusispirillären Rachenaffektion zu erblicken, wie sie sich auch nicht selten neben dem Fieber mit Milzschwellung und mit nephritischen Reizungen und gelegentlich mit Ergriffensein des Myokards dokumentieren.

Sie sind es auch, welche uns den Schlüssel zum Verständnis der zweiten Beobachtung liefern müssen. Ein 11jähriges Mädchen wurde mit einer ausgedehnten, anscheinend bereits mehrere Wochen alten Gingivitis und Stomatitis fusispirillaris und daneben den Anzeichen einer vorgeschrittenen perniziösen Anämie eingeliefert; die nach einer anfänglichen Verschlechterung einsetzende, in ihrem Beginn mit dem Reinwerden des Mundes zusammenfallende sehr überraschende Besserung, bei der Appetit, Ernährung und Allgemeinbefinden sich hoben, die Augenhintergrundblutungen schwanden und die Blutbildung auffallend schnell unter Auftreten einer enormen Menge von Erythroblasten einsetzte, war doch nur eine vorübergehende, unter zunehmender Herzschwäche erfolgte der Tod.

Es handelt sich bei dem vorliegenden Krankheitsverlauf vor allem um die Frage, ob ein Zusammenhang angenommen werden kann zwischen den beiden Affektionen, der Plautschen Munderkrankung und jener als progressive perniziöse Anämie verlaufenden tiefen Schädigung der Hämopoiese, deren essentielle Formen sich mehr und mehr einschränken, je häufiger wir sie als sekundärer Natur erkennen lernten. Verf. glaubt, jene ist zu bejahen. Die Literatur enthält eine kurze Bemerkung Bruces, daß bei seinem 8jährigen Patienten mit tödlicher Vincentscher Angina eine gelblich blasse Hautfarbe in den letzten Tagen bestand, und den eingehenden Bericht Mayers und Schreyers über einen 23jährigen Mann mit perniziös-anämischem Blutbefund neben einer typischen Angina ulcerosa-membranacea (Plaut-Vincent); daß bei diesen Kranken eine Anämie vielleicht früher schon bestand und vielleicht auch eine skorbutähnliche Beschaffenheit des Zahnfleisches im Gefolge sehr einförmiger Kost von geräucherten Fischen günstige Ansiedelungsbedingungen für das Plautsche Bakteriengemisch schuf, wird als sehr wahrscheinlich hingestellt. Gleiches ist auch bei Verf.s Patientin anzunehmen. Die Sektion deckte eine umfangreiche und alte Mesenterialdrüsentuberkulose auf, und dem entsprach, daß das Kind in den letzten 3 Jahren körperlich zurückgegangen war, wenn auch bei einem früheren Krankenhausaufenthalt 10 Monate vor der letzten Aufnahme eine sonderliche Anämie nicht bemerkt wurde. Es war hier in einer schweren Schwächung des Gesamtbefindens bereits eine allgemeine Vorbedingung gegeben, sowie in einer ausgedehnten Karies der Zähne ein lokal prädisponierendes Moment für die Plaut-

Vincentsche Gingivitis. Auf solchem Boden wohl führten die Toxine der letzteren, die am Ort ihrer Bildung und weiterhin auch im Magendarmkanal resorbiert wurden, zu dem schweren Symptomenbild der Biermerschen Anämie, ganz im Sinne der von Hunter und auch von Grawitz vertretenen Theorie. Daß die Tuberkulose der Unterleibsdrüsen durch sich allein die perniziöse Anämie bedingt hätte, wäre an sich etwas ganz Ungewöhnliches und ist von der Hand zu weisen, wenn wir die Aufbesserung der Blutzusammensetzung und des Allgemeinzustandes berücksichtigen, die sich nicht nur bemerkenswert rasch vollzog, sondern auch unter so ausgesprochenen Zeichen einer Blutregeneration, daß bei einer Gesamtsumme von 936000 Erythrozyten — gegenüber 560000 acht Tage zuvor — auf je 70—80 rote Zellen 1 Erythroblast kam. Leider waren die degenerativen Prozesse im Herzmuskel bereits derart vorgeschritten, daß diese Umstimmung der Blutverhältnisse ihm nicht mehr zugute kommen konnten — der Puls blieb klein und schwach, die systolischen anämischen Geräusche verloren sich nicht, die Herztätigkeit verschlechterte sich progressiv.

Sowohl diese früher bereits einmal veröffentlichte letale Verlaufsform der Vincentschen Angina mit sekundärer Blutdestruktion, wie ihr in der — auch durch weitgehende Substanzverluste im Pharynx ausgezeichneten — Beobachtung 1 zum erstenmal beschriebenes Bild eines schwer ergriffenen Gesamtbefindens, intensiven Kopfschmerzes, starker Leukopenie, deutlicher Eosinophilie, frühzeitiger Abduzenslähmung und nachfolgender Akkommodationsparese erscheint der Hervorhebung würdig, da sie außergewöhnlich grave Typen der sonst gerade durch Milde gekennzeichneten Plaut-Vincentschen Mund- und Tonsillenerkrankungen darstellen. Grätzer.

Juan Bacigalupo, Eine neue Behandlungsmethode der tuberkulösen Meningitis. (Ebenda.) Trotzdem Verf. sich nach einer Reihe von Vorversuchen über die Penetrationsfähigkeit verschiedener Substanzen in die serösen Höhlen bei normalem und entzündetem Zustande davon überzeugen konnte, daß die Meningealräume auch bei tuberkulöser Meningitis von der Blutbahn aus gut zugänglich bleiben, beschloß er, von der subkutanen Injektion des Tuberkulins abzusehen und einmal zu versuchen, das Heilmittel direkt in den Duralsack zu injizieren.

Als Assistent am Kinderhospital in Buenos-Aires machte Verf. die erste Injektion bei einem Falle von tuberkulöser Meningitis, der als verloren anzusehen war, da er durch Miliartuberkulose kompliziert war. 24 Stunden nach der ersten intraduralen Injektion von Tuberkulin gingen einige Hirnsymptome zurück, doch starb das Kind am 3. Tage nach der ersten Injektion. Kurze Zeit nachher hatte Verf. Gelegenheit, zwei reine Fälle von tuberkulöser Meningitis, bei denen der Bazillennachweis im Liquor cerebrospinalis gelang, intradural zu behandeln. In diesen beiden Fällen war das Resultat vollkommen zufriedenstellend, da nach drei bzw. zwei Injektionen im Verlaufe von 20 Tagen völlige Heilung erfolgte.

Erwähnenswert ist, daß alle drei mit Tuberkulin intradural injizierten Fälle in einer nicht vorherzusehen gewesenen Weise

reagierten. Die Temperatur stieg nämlich nicht an, sondern fiel um etwa 1 ^{0} ab, um dann durchweg relativ niedrig zu bleiben.

Bezüglich der Dosierung des Tuberkulins muß sich Verf. selbstredend noch reserviert verhalten und kann nur sagen, daß man jene Dosen anwenden kann, die gewöhnlich bei der Behandlung der Tuberkulose in Betracht kommen. Jedenfalls kann die erste Dosis 1 mg Alttuberkulin ein wenig übersteigen (3jährige Kinder). Im Falle sich die Symptome nicht ändern, kann nach Verlauf von 24 Stunden eine zweite Injektion mit etwas höherer Dosis versucht werden. Als Vehikel kann Zerebrospinalflüssigkeit empfohlen werden. Grätzer.

W. Plange und **H. Schmitz,** Über das Vorkommen und die Verbreitung von Diphtheriebazillen im menschlichen Körper. (Aus der bakteriologischen Untersuchungsanstalt der Stadt Dresden.) (Ebenda. 1915 Nr. 12.) Nach der allerdings nur kurzen Versuchsreihe besteht ein deutlicher Unterschied zwischen tracheotomierten und nichttracheotomierten Fällen. Verff. glauben den Schluß ziehen zu können, daß es bei tödlich verlaufenden Diphtherien wohl möglich ist, daß die Bazillen in die Organe des Körpers eindringen, daß das aber bei nicht tracheotomierten Fällen zumindest zu den Ausnahmen gehört. Grätzer.

Rall, Über das Vorkommen von Diphtheriebazillen in Herpesbläschen bei Diphtherie. (Aus dem Allgemeinen Krankenhause Eppendorf.) (Ebenda.) Der Nachweis von Diphtheriebazillen in Herpesblasen gelingt bei einer relativ großen Zahl von Patienten, und zwar in allen Krankheitsgruppen, sowohl bei leichten wie auch bei schweren Fällen; allerdings ist die Prozentzahl bei den letzteren eine erheblich größere. Irgendwelche prognostische Bedeutung kommt diesem Befunde, der als solcher unser Interesse beansprucht, auf den Verlauf des einzelnen diphtherischen Krankheitsbildes sicher nicht zu. Auch die Ansicht Jèz', daß ein derartiger Herpes den Ausgangspunkt für eine Übertragung des Diphtheriebazillus auf Gesunde bilden kann, trifft wohl, wenn überhaupt, höchst selten zu.

Ebensowenig aber kann der Nachweis von Diphtheriebazillen im Herpesinhalt zur Klärung der Ätiologie dieser Eruptionen etwas beitragen, denn die Löfflerbazillen sind nicht das ausschlaggebende Moment für das Auftreten eines Herpes, sondern ganz andere Ursachen, mag man sie nun auf mechanische, toxische oder neuritische Einflüsse zurückführen. Jene Auffassung wird dadurch gestützt, daß es nur bei einem Teile gelingt, Löfflerbazillen nachzuweisen, sowie vor allem auch der ganze Ablauf der Affektion, die häufig erst nach dem Abklingen der akuten diphtherischen Rachenerscheinung vielfach ohne jeglichen Fieberanstieg und meist auch ohne stärkere subjektive Störungen sich entwickelt. Verf.s Ansicht nach kann die Infektion der Herpesblasen mit Diphtheriebazillen nur sekundärer Natur sein, die auch nicht auf dem Blut- und Lymphweg — trotz zahlreicher Untersuchungen konnte R. nur äußerst selten im Blute Diphtheriekranker Bazillen finden —, sondern von außen her erfolgt.

Es erscheint leicht begreiflich, daß auf das Aufschießen mehr oder minder großer Blasen eine Schädigung der obersten Hautschicht

durch Lockerung des Zellverbandes gesetzt wird, die das Eindringen von Mikroorganismen erleichtert. Dazu kommt noch, daß bei schweren Fällen und bei solchen mit Beteiligung der Nase — und gerade diese lieferten die meisten positiven Resultate — häufig die Umgebung von Mund und Nase mit reichlichem Sekret bespült und dadurch die Haut erheblich mazeriert wird. Alle diese Momente tragen wesentlich dazu bei, den nicht nur im Sekret, sondern auch auf der intakten Haut, wie Verf. durch Versuche feststellen konnte, häufig vorhandenen Löfflerbazillen das Eindringen in die an sich sterilen Herpesbläschen zu ermöglichen.

Eine spezifische Komplikation der Diphtherie ist der Herpes, auch wo seine Bläschen Diphtheriebazillen bergen, nicht.

Grätzer.

V. Engelmann, Zur Frage der sogenannten Diphtheriebazillenträger. (Aus der Hals- und Ohrenpoliklinik des Israelitischen Krankenhauses in Hamburg.) (Ebenda.) Seit Jahren hat Verf. darauf hingewiesen, daß die Frage der sogenannten Diphtheriebazillenträger nicht weiter kommen wird, wenn das Augenmerk nicht vor allem auf die Nase gelenkt wird. Erst kürzlich zeigte er im hiesigen Ärztlichen Verein 6 Kinder — von denen eins wohl als Ursache einer Klassenendemie in Frage kommt —, bei denen sich wohl in der Nase, aber nicht im Halse Diphtheriebazillen finden. Die Nasenveränderungen zeigten die verschiedensten Formen — zum Teil waren so gut wie keine vorhanden. Verf. will auf die Frage, wann eine Nase verdächtig auf Diphtherie ist, nicht eingehen, sondern nur über einen Fall berichten, der alle Beachtung verdient.

Eine Frau brachte ihre 4 schulpflichtigen Kinder, W., O., E. und H. in die Poliklinik, mit der Angabe, daß ein fünftes Kind kürzlich an Diphtherie gestorben sei; Verf. möchte nachsehen, ob diese nichts im Halse hätten.

Drei von den Kindern waren kaum merklich wund am Naseneingang, das vierte zeigte an der Nase gar nichts — hier war vielleicht die rechte Mandel etwas mehr rot als normal, etwas größer und aufgelockerter als die linke und hatte ein kaum sichtbares Pünktchen an einer Lakune. Dieser H. hatte vereinzelt Diphtheriebazillen im Halse — kurze Form —, der älteste W. ebenfalls — lange Form. Alle 4 Kinder haben in der Nase reichlich Diphtheriebazillen. Sie sind ganz wohl, gingen bisher in die Schule und werden wohl ihre Bazillen noch lange behalten. Auch dieser Fall zeigt, daß, wenn man Bazillenträger finden will, in erster Linie die Nase zu berücksichtigen ist.

Grätzer.

C. Boeck (Kristiania), Fall von tödlicher Resorzinvergiftung bei äußerlicher Anwendung des Mittels. (Derm. Wschr. 1915 Nr. 19.)

16jähriger, wenig entwickelter, sehr sensibler Knabe mit sehr verbreitetem Lupus vulgaris. Am 20. November vormittags $^1/_2$11 Uhr Applikation einer 25 $^0/_0$igen Resorzinpaste (Resorcin., Talk. āā 15,0, Gelanth. 30) auf dem größten Teil der (mit intaktem Epithel bekleideten) linken Wade. Schon $^1/_2$ Stunde später Unruhe, Schmerzen, allmählich lautes Wehklagen. Nach und nach wurde

Pat. stiller, $1^1/_2$ Stunden nach der Applikation fand man ihn bewußtlos, zyanotisch, mit krampfhaften Zuckungen des rechten Armes; Puls 120, Temp. 37,8°. Um $12^3/_4$ Uhr auch Krämpfe der Gesichtsmuskeln und starke klonische Zuckungen des rechten Armes und Schenkels, bald auch der linken Körperhälfte. Kampfer und Venaesectio ohne Wirkung. Puls 150, Respiration frequent, setzt auch aus. Pupillen anfangs stark erweitert, später kontrahiert. Den ganzen Nachmittag weiter Bewußtlosigkeit und Krämpfe, um $8^1/_4$ Uhr Exitus. Bei der Sektion fand sich sehr starkes Gehirnödem, auch tuberkulöse Herde in den Lungen.

Der Fall kam sehr unerwartet, da Verf. seit einer Reihe von Jahren Lupus mit muzilaginösen Mischungen, mitunter auch Resorzin, behandelt (und zwar in Konzentrationen von 33% und darüber), dabei Resorzin sogar als recht mildes Mittel kennen gelernt hatte. Allerdings war hier eine große Fläche behandelt worden, die aber mit intakter Hornhaut bedeckt war. Dies hatte die Vergiftung nicht verhindert.

Man wird also in Zukunft Resorzin in stärkeren Dosen auf größere Flächen nicht mehr applizieren dürfen. In Pyrogallol und Salizyl haben wir da ja auch mindestens ebenso wirksame Mittel.

Gegen Lupus der Schleimhäute, wo von größeren Flächen keine Rede ist, wird dagegen fortwährend das Resorzin die souveräne, alle anderen Mittel übertreffende Waffe bleiben müssen. Bei Lupus der Nasengänge wendete Verf. allerdings früher Pyrogallussalbe an, jetzt aber immer, wegen der weit geringeren Schmerzhaftigkeit, eine Resorzinpaste, Resorzin, Talkum und Vaselin zu gleichen Teilen, welche ungefähr eine Woche hindurch zweimal täglich mittels Baumwolltampons appliziert wird, um dann von dick mit Anästhesin bestreuten Bleisalbentampons abgelöst zu werden, welche Behandlung in der Regel einigemal wiederholt wird, bis die Krankheit vollständig ausgerottet ist. Gegen den Lupus der Mund- und Schleimhöhle wendet Verf. Bepinselungen mit muzilaginösen Resorzinmischungen an. Bei der Behandlung des Lupus der Schleimhäute, selbst bei Kindern, hat er nie das geringste Zeichen einer Vergiftung beobachten können.

Verf. möchte noch bemerken, daß die Behandlung des Lupus der Haut mit muzilaginösen Mischungen nicht nennenswerte Schmerzen veranlassen sollte, und dies tut sie auch nicht, wenn man versuchsweise von schwächeren zu stärkeren Mischungen steigt und sich die Mühe gibt, hinlänglich sorgsam vorzugehen. Auf offenen wunden Flächen nämlich oder bei dünnem, erweichtem Epithel sollte immer zuerst 5 Minuten lang ein 5%iger Novokainumschlag angewendet und dann eine dicke Schicht von Anästhesin appliziert werden. Um aber auf einer solchen dicken Schicht von Anästhesin bequem die Paste applizieren zu können, ist es nötig, daß letztere ziemlich dünnflüssig ist, und es ist deswegen, besonders wenn das flüssigmachende Resorzin nicht dabei ist, auch nötig, eine größere Menge von Gelanth und ein verhältnismäßig geringeres Quantum Talkum der Paste zuzusetzen. Es ist auch immer gut, etwas reinen Gelanth bei der Hand zu haben, um ein wenig davon zusetzen zu können, wenn die verschriebene Paste zu konsistent ausgefallen ist.

Eine verhältnismäßig kräftige Paste würde die folgende Formel darstellen:

Rp.: Pyrogalloli
Acid. salicylici āā 15,00
Gelanthi 25,00
Talci pulv. 10,00
M. fiat pasta mollis.

Aber als einleitende Applikation auf offenen wunden Flächen wendet Verf. in der Regel zuerst eine viel schwächere Paste an und besonders bei Kindern auf ganz begrenzten Stellen oft noch fortwährend eine sehr schwache Resorzinpaste, z. B.: Resorcini 1,00, Talci pulv. 8,00, Gelanthi 10,00, M. f. pasta. Die stärkeren Pyrogallus-Salizylpasten werden dann nachher besser vertragen, wenn auch dann die oben genannten schmerzstillenden Mittel nicht versäumt werden. Grätzer.

Schwabe, Einige Beobachtungen über Ureabromin bei Epilepsie. (Psychiatr.-neurol. Woch. 15. 1913/14 Nr. 44.) Ureabromin ist bei Epilepsie geeignet:

1. In leichten und mittelschweren Fällen die Anfälle fast vollkommen zu unterdrücken, in schweren Fällen aber insofern befriedigende Resultate zu erzielen, als die Schwere der Anfälle herabgesetzt wird;
2. zur Hebung des Allgemeinzustandes;
3. zur Hemmung der psychischen Erscheinungen, die in den älteren Fällen von Epilepsie mit Demenz einhergehen; so Beseitigung gewisser Benommenheit, Schläfrigkeit, erschwerten Denkens usw. Unangenehme Nebenwirkungen fehlen vollkommen.

Kurt Mendel.

M. Thumm, Über therapeutische Versuche mit Injektionen von Magnesiumsulfat bei psychotischen und epileptischen Zuständen. (Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 24. 1914. H. 1.) Verf. wandte bei 23 Kranken das Magnesiumsulfat (intramuskulär oder intravenös, einmal intraspinal, 25 % wässerige Lösung) an; er sah von ihm als Sedativum und Hypnoticum keine zuverlässige Wirkung. Als Antispasmodicum bei Epilepsie versagte es völlig. In einem Fall von Status epilepticus hatte eine intraspinale Injektion von Magnesiumsulfatlösung zwar eine prompte, aber in ihrem Charakter rein symptomatische und nicht anhaltende Wirkung.

Günstige Wirkung sah Verf. bei einigen Fällen von Idiotie bzw. Imbezillität choreiformen Typus, bei Dementia praecox und besonders bei einem Falle von Tic général im Gefolge einer Epilepsie. Nie bedrohliche Folgeerscheinungen. Kurt Mendel.

Paul Beetz, Beitrag zur Lehre von den angeborenen Beweglichkeitsdefekten im Bereich der Augen-, Gesichts- und Schultermuskulatur („infantiler Kernschwund" Möbius). (Journ. f. Psychol. u. Neurol. 20. H. 4.) Aus einer kinderreichen Ehe zwischen Blutsverwandten, in deren Verwandtschaft durch weitere Inzucht angeborene Taubstummheit von Geschwistern vorkommt, stammen drei Geschwister, welche seit Geburt Beweglichkeitsdefekte und Atrophien im Bereich der Augen-, Gesichts- und

Schultermuskulatur aufweisen. Betroffen sind bei den einzelnen Kranken folgende Muskeln bzw. Muskelgruppen:

In Fall I: vollständiger Defekt der Musc. frontales beiderseits, Verkümmerung der übrigen beiderseitigen, vom Fazialis versorgten Muskeln, vornehmlich des Orbicularis oris und Orbicularis oculi; leichte Schwäche der beiderseitigen Gaumenmuskulatur, speziell des M. levator veli palatini; leichte Verkümmerung bzw. Unterentwicklung des rechten M. pector. major (mit gleichzeitiger Verkümmerung der zugehörigen Mamilla).

In Fall II: im Gesicht: teilweiser doppelseitiger Defekt der vom Fazialis versorgten Muskeln, vornehmlich der Mm. frontalis, orbicularis oculi et oris; teilweiser Defekt des M. levator palpebrae, geringe Unterentwicklung der Kaumuskeln, ganz leichte Schwäche des M. rect. ext. oculi dextri. An den Schultern: vollständiger Defekt des r. M. serratus anter. major, teilweiser Defekt des r. M. trapezius in seinen 3 Portionen, besonders in der obersten, des M. levator scapulae, supra- und infraspinatus, latissimus dorsi, links mangelhafte Entwicklung des Infraspinatus, Serratus anter. major und latissimus dorsi.

In Fall III: vollständiger doppelseitiger Defekt des M. frontalis, Verkümmerung der übrigen vom Fazialis versorgten Muskeln beiderseits; vollständiger Defekt des M. rect. ext. oculi, leichte Schwäche der Gaumenmuskeln, speziell des M. levator veli palatini.

Ferner in jedem der 3 Fälle eine Reihe von Degenerationszeichen; jedes der Geschwister hat an Rachitis gelitten.

Als konstante, bei allen 3 Geschwistern in ziemlich gleichem Grade vorhandene Anomalie besteht eine Diplegia facialis, vornehmlich um Augen-, Mund- und Nasenöffnung sich gruppierend. Im übrigen sind die mannigfachsten Kombinationen und Abstufungen in den Defekten der einzelnen Muskeln zu verzeichnen.

Das Leiden ist bei den 3 Geschwistern als angeboren anzusprechen; eine Entscheidung, ob die Erkrankung im Muskel- oder im Kerngebiet (infantiler Kernschwund) liegt, ist klinisch nicht zu erbringen; es könnte sich um eine Aplasie bzw. Hypoplasie des Muskels oder Kernes handeln. Jedenfalls kann das Leiden der Heredodegeneration Jendrassiks zugezählt werden. Die Blutsverwandtschaft der Eltern der Patienten spielt entschieden eine gewisse Rolle, insofern als — nach Higier — „nicht die Blutsverwandtschaft als solche, sondern die homologe Belastung seitens beider Eltern oder ihrer Aszendenten die Entartung der Nachkommenschaft bedingt; denn die Konsanguinität der Eltern kann Fehler der Eltern kumulieren und potenzieren, aber keine Fehler schaffen". Kurt Mendel.

Inauguraldissertationen
(aus deutschen Universitäten).

W. Sawidowitsch, Einfluß von Ernährung und Erkrankungen auf das Wachstum des Gehirns im 1. Lebensjahre. (Aus der Kgl. Universitäts-Kinderklinik zu Berlin.) (Berlin 1914.) In der vorliegenden Arbeit gelangt der Verf. zu folgenden Schlußergebnissen:

1. Die Art der Ernährung hat keinen Einfluß auf das Wachstum des Gehirns, solange die Bestandteile der künstlichen Nahrung in richtigem Mengenverhältnisse sich befinden.

2. Fett- und lipoidarme Kost bewirkt einen Stillstand im Gehirnwachstum.

3. Ernährungsschädigungen, welcher Art sie auch sein mögen, bewirken eine Hemmung in der Gehirnentwicklung.

4. Die sämtlichen drei Größen: Länge, Körpergewicht und Gehirnvolumen verlaufen unabhängig voneinander. K. Boas.

C. Beaucamp, Über einige mit Opium-Brom behandelte Fälle von Epilepsie nach der Flechsigschen Methode (Ziehensche Modifikation). (Bonn 1913.) Die Opium-Bromkur nach Flechsig in der Ziehenschen Modifikation ist, wenn auch eingreifend, so doch für den Kranken nicht gefährlich. In ihrem Verlaufe auftretende unangenehme Nebenerscheinungen sind durch eine entsprechende Therapie zu bekämpfen.

Bei der Erfolglosigkeit der Epilepsiebehandlung im allgemeinen kann man der Kur, da in einigen Fällen (16,2 $^0/_0$) günstige Resultate erhalten werden, die Berechtigung, in ausgewählten Fällen angewandt zu werden, nicht absprechen. K. Boas.

R. Schute, Nabelschnurbruch bei Neugeborenen. (Aus der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Bonn.) (Bonn 1914.) Verf. gelangt in der vorliegenden Arbeit zu folgenden Ergebnissen:

1. Bei allen lebensfähigen Kindern ist in allen Fällen bei Hernia funiculi umbilicalis eine Operation angezeigt.

2. Der Zeitpunkt der Operation ist möglichst früh zu wählen, am besten sofort nach der Geburt.

3. Wenn eben möglich, ist die Operation ohne Narkose vorzunehmen.

4. Die Radikaloperation ist die beste Behandlungsmethode und bietet mit dem Pfannenstielschen Faszienquerschnitt eine denkbar feste Narbe. Sie ist in den allermeisten Fällen ausführbar und ändert mit einem Schlage die Situation zu einer reinen Bauchwunde und ergibt prognostisch absolut und relativ die besten Resultate.

5. Für größere Nabelschnurbrüche, bei denen sich die Bauchdecken nicht durch eine direkte Naht vereinigen lassen, kommt die Ahlfeldsche Methode in Betracht.

6. Bei voraussichtlich nicht lebensfähigen Kindern und im Falle einer Operationsverweigerung sind Kompressen mit Alkohol oder feuchtwarme Umschläge mit physiologischer Kochsalzlösung oder Borsäurelösung vorteilhaft. K. Boas.

H. Opitz, Über Wachstum und Entwicklung untergewichtiger ausgetragener Neugeborener. (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Breslau.) (Breslau 1914.) Bei dem von dem Verf. untersuchten Material von 73 untergewichtigen, reifen Kindern spielten erbliche Belastungsmomente seitens der Eltern nur eine untergeordnete Rolle. Belastende Krankheiten der Eltern konnten nur in 4 Fällen nachgewiesen werden. Die Größe der Eltern hatte keinen nennenswerten Einfluß.



Die Mehrzahl der untergewichtigen reifen Kinder weist eine den normalgewichtigen parallele Wachstumskurve auf, ein kleiner Teil erzielt sogar ein Wachstumsplus, nähert sich also im Laufe der Zeit der Norm.

Ein Drittel etwa bleibt in beiden Wachstumsqualitäten hinter den Vergleichswerten zurück. Nur wenige von diesen sind lebhaft, rundlich, wohl proportioniert, ohne frühere und jetzige Störung des Wohlbefindens, also als völlig gesund zu betrachten (reine Hypoplasten); bei allen übrigen liegen besondere Gründe für das Zurückbleiben vor.

In den allermeisten Fällen ist Gesicht- und Längenwachstum assoziiert. Bei Störungen ex alimentatione wird entsprechend den Angaben Freunds das Gewichtswachstum stärker beeinflußt als das Längenwachstum.

Die körperliche und geistige Entwicklung ist, wie es scheint, nicht anders als beim normalen Kind.

Eine exsudative Diathese scheint bei den untergewichtigen, reifen Kindern in einem höheren Prozentsatz vorzukommen als in der Norm. Hinsichtlich der Rachitis läßt sich kein sicheres Urteil fällen aus Mangel an Vergleichszahlen.

Chronischen Ernährungsstörungen sind sie anscheinend in höherem Maße zugänglich als normale Kinder, während hinsichtlich der Disposition für Infektionskrankheiten keine merklichen Unterschiede bestehen.

Die Mortalität scheint während des 1. Lebensjahres nicht erheblich größer zu sein als für Normalgewichtige. K. Boas.

K. Krömer, Die Mehlverdauung im Magen des Säuglings. (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Breslau.) (Breslau 1914.)

1. Eine Mehlsuppe mit 2—4 % Mehlgehalt wird nach $^3/_4$ stündigem Aufenthalt im Magen eingedickt, nach 1 Stunde etwas dünner als die genossene. Eine 8 %ige Suppe wird dagegen nach gleicher Zeit ($^3/_4$ Stunden) sofort an Trockensubstanz ärmer.

2. Nach einer Ausheberungszeit von $^3/_4$ Stunden ist von einer Hafermehlsuppe eine größere Menge (70—80 %) an Kohlehydraten aus dem Magen verschwunden als vom Weizenmehl (20—50 %). Nach 1 Stunde dagegen sind vom Hafermehl 10 % mehr Kohlehydrate als vom Weizenmehl im Magen zurückgeblieben.

3. Im Säuglingsmagen findet eine ganz erhebliche Kohlehydratverdauung statt, und zwar wird Hafermehl erheblich ergiebiger als Weizenmehl abgebaut. Mit zunehmendem Alter tritt eine Steigerung der verdauenden Kraft des Ptyalins ein. In einer dünnen Suppe tritt der Abbau schneller als in einer dicken Suppe ein.

4. Bei dieser Verdauung spielt eine große Rolle die schichtweise Auffüllung der Nahrung im Magen und das langsame Eindringen der Säure ins Innere des Mageninhaltes.

5. An dem Abbau nimmt einen geringeren Anteil die Salzsäure des Magens.

6. Bakterielle Zersetzungsprodukte werden hierbei nur in geringen Mengen gebildet. K. Boas.

O. Hagner, Schwankungen im Eiweißgehalt und in der Leitungsfähigkeit beim Säuglingsblut. (Aus der Universitäts-Kinderklinik in Freiburg i. B.) (Freiburg i. B. 1913.) Der gesunde jugendliche Organismus des Säuglings unter normalen äußeren Bedingungen ist imstande, die physikalische Zusammensetzung seiner Körpersäfte im Verlaufe des Tages konstant zu erhalten, was insonderheit die vom Verf. behandelten Fälle deutlich lehren. Es kommen demnach irgendwie wesentliche Tagesschwankungen der Blutkonzentration, bezogen auf den Hungerzustand und die Resorption der Nahrung beim gesunden Kinde, das mit arteigener Nährflüssigkeit versehen wird, nicht vor, und die Ansicht, daß auch der gesunde Säugling selbst unter arteigenen Bedingungen erhebliche Schwankungen im Eiweißgehalt und in der Leitfähigkeit aufweise, die durch die tägliche Nahrungsaufnahme bedingt seien, besteht also schwerlich zu Recht. Soweit vermag der infantile Organismus die physikalische Zusammensetzung seiner Körpersäfte schon zu regulieren. Sobald jedoch die Schädigung infolge einer Ernährungsstörung hinzutritt, so erhält dieser Regulationsvorgang einen höchst labilen Charakter, der sich in größeren oder geringeren, durch die großen Wasserschwankungen des alimentär erkrankten Säuglingsorganismus bedingten Schwankungen der lichtbrechenden Substanzen und der Leitfähigkeit kundgibt, welche eben in dem Unvermögen des infantilen Organismus, seinen osmotischen Druck unter solchen Bedingungen konstant zu erhalten, ihre Erklärung haben. Dieses Verhalten auf Grund von Ernährungsstörungen zeigen deutlich die untersuchten und vom Verf. aufgeführten Fälle in ihren erheblichen Tagesschwankungen. Die größere oder weniger große, durch Ernährungsstörung verursachte Schädigung des Organismus und seiner Regulationsvorgänge hängt besonders von der guten oder schlechten Konstitution des einzelnen Individuums ab. Dabei kommt noch dem Alter des betreffenden Säuglings eine ausschlaggebende Bedeutung für die Größe der Schädigung insofern zu, als der junge Säugling viel leichter eine dauernde Schädigung davonträgt, zum mindesten eine wesentlich längere Reparationszeit aufweist als das ältere Kind. K. Boas.

E. Jalkowski, Das Blutbild bei Vakzination. (Aus der Medizinischen Klinik der Universität in Freiburg i. B.) (Freiburg i. B. 1914.) 1. Bei drei Fällen der vier mit Vakzination geimpften Kinder zeigte sich eine polynukleäre Leukozytose.

2. Es ist möglich, daß die beobachtete Leukozytose der bei Variola noch nicht bekannten, aber aus theoretischen Betrachtungen vermuteten Leukozytose des Prodromalstadiums entspricht.

3. Die von Ziegler und Schlecht ausgesprochene Vermutung, daß jede infektiöse Lymphozytose von einer Leukozytose eingeleitet werde, fände hierdurch eine Bestätigung. K. Boas.

S. Jida, Über einen ungewöhnlich frühzeitigen Fall von akutem otitischen Schläfenlappenabszeß. (Aus der otolog.-rhinolog.-laryngologischen Klinik der Universität in Gießen.) (Gießen 1914.) Verf. beschreibt einen Fall bei einem 8jährigen Knaben, bei

dem am 5. Tage nach Beginn der Ohrenerkrankung ein Extraduralabszeß durch Operation freigelegt und schon nach 2 Tagen ein Schläfenlappenabszeß manifest wurde. Anfänglich konnte der extradurale Abszeß nicht diagnostiziert werden. Erst nach der Antrumoperation wurde der vorhandene extradurale Abszeß konstatiert, und erst 2 Tage nach der Operation zeigte der Patient eine amnestische Aphasie, welche die Annahme eines Schläfenlappenabszesses ermöglichte. Nach der Statistik Schmiegelows kommt die Aphasie noch nicht bei der Hälfte aller Fälle von otitischem Schläfenlappenabszeß vor.

Weiterhin verbreitet sich Verf. ausführlich über die Entstehung der Gehirnabszesse, deren Sitz, ferner in bezug auf Alter, Geschlecht, Mortalität auf Grund neuer und neuester Statistiken. Hervorzuheben wäre noch, daß die linksseitige Ohreiterung häufiger vorkommt als die rechtsseitige. Da aber nun der linksseitige umgebende Knochen resistenter ist als derjenige der rechten Seite, so ist die Möglichkeit des Vordringens der Eiterung und Entwicklung eines Gehirnabszesses rechts viel größer als links. K. Boas.

M. Kujumdjieff, Beitrag zur Lehre von der Blennorrhoea neonatorum. (Aus der Universitäts-Augenklinik zu Gießen.) (Gießen 1915.) Verf. gelangt in seiner Arbeit zu folgenden Schlußergebnissen:

1. Die Conjunctivitis non gonorrhoica nimmt einen leichteren Verlauf wie die Conjunctivitis gonorrhoica. Sie dauert kürzere Zeit an, reagiert besser auf die Therapie und führt seltener zu Hornhautaffektionen.

2. Die Conjunctivitis gonorrhoica zeigt in bezug auf alle diese Punkte einen schwereren Verlauf. Es werden häufig die beiden Augen ergriffen. Die Kornea erkrankt öfter. Eine Kornealaffektion läßt sich keineswegs sicher vermeiden; sie nimmt oft einen verhängnisvollen Verlauf.

3. Kräftige Kinder bekommen seltener Kornealaffektionen und überstehen den Augentripper überhaupt leichter und schneller wie schlecht ernährte Kinder. Die therapeutische Beeinflussung des Allgemeinzustandes ist von großer Bedeutung für den Erfolg der Behandlung.

4. Die Credéisierung schützt durchaus nicht absolut sicher vor einer Infektion der Bindehaut, und die Ophthalmoblennorrhoe verläuft bei den credéisierten Fällen keineswegs günstiger wie bei den nicht credéisierten Fällen. K. Boas.

J. Buddee, Ein Fall von primärem Lungenkarzinom bei einem 17jährigen Jünglinge. (Aus dem Patholog.-anatomischen Institut der Universität in Greifswald.) (Greifswald 1914.) Zusammenfassend bemerkt Verf.:

Es kommen bei Personen, namentlich im kindlichen oder jugendlichen Alter, krebsige Neubildungen vor, die histologisch nicht in das gewöhnliche Schema hineinpassen. Diese Tumoren besitzen neben gewöhnlichen Epithelzellen noch indifferenzierte embryonale Zellen, und es muß als ihre Matrix ein embryonaler Zellkeim angenommen

werden. Solche Tumoren sind aber bisher nur wenig beobachtet worden. Es gehören dazu die embryonalen Adenosarkome der Niere, der von Peiper beobachtete Leberkrebs. Verf. glaubt in dem vorliegenden Lungenkarzinom den ersten derartigen Tumor in der Lunge gefunden zu haben. K. Boas.

Fr. Pröhl, Über Kuhpockeninfektion beim Menschen. (Aus der Hautklinik der Universität in Jena.) (Jena 1914.) Nach einer Übersicht über die einschlägige Literatur berichtet Verf. ausführlich über den klinischen und histologischen Befund in einem Falle von Kuhpockeninfektion bei einer 22jährigen Dienstmagd. Der histologische Befund unterschied sich in dem Falle des Verf.s von dem von Friboes beschriebenen Falle durch die deutlichen Blasenbildungen, die Frieboes ausdrücklich ablehnt, da in seinen Effloreszenzen eine Kontinuitätstrennung in keiner Schicht vorlag, dann durch die ausgesprochene Eosinophilie in den veränderten Hautpartien, endlich durch die punktförmigen Hämorrhagien, die besonders häufig im Stratum corneum gefunden wurden. Außerdem beschrieb Friboes einen durchaus soliden, durch ein kompaktes Zellinfiltrat gebildeten Tumor, der sich mit verschiedenen Zapfen in die Subkutis erstreckte. In dem Falle des Verf.s wurden multilokär angeordnete Zellkomplexe beobachtet, die sich durch die intensive Färbung deutlich von dem sie umgebenden Gewebe abhoben.

Die Prognose der Kuhpockeninfektion ist eine durchaus günstige.

Was die Therapie anbetrifft, so ist Verf. gleich Paschen ein Gegner der chirurgischen Behandlung der Kuhpocken. Er empfiehlt Verbände mit indifferenten Mitteln, z. B. mit essigsaurer Tonerde. K. Boas.

C. L. Heinrichs, Chorea minor und Psychose. (Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität in Kiel.) (Kiel 1915.) Verf. berichtet nach einem kurzen Überblick über die einschlägige Literatur über zwei Fälle von Chorea und Psychose.

Fall I betraf ein 17jähriges Mädchen mit Chorea minor gravis und epileptischen Krämpfen. Unter anderem fanden sich Narben am Zungenrand. Dazu traten psychische Erscheinungen: Verwirrtheit, Negativismus, Apathie und Stupor. Eine intermittierende Pneumonie machte dem Leben der Patientin ein Ende. Die Sektion ergab eine Endokarditis auf infektiöser (welche Infektion?) Grundlage.

Fall II betraf ein 18jähriges Mädchen mit Chorea minor und hysterischen Erscheinungen [unmotivierte Äußerungen von Schmerzempfindungen bei der Leibabtastung (Ovarie?), eigenartiges Verhalten in sexueller Beziehung]. In psychischer Beziehung zeigte Patientin keine Störung der zeitlichen und örtlichen Orientierung, nahm an den Vorgängen in ihrer Umgebung Anteil und zeigte keine wesentlichen Hemmungserscheinungen. Auf Befragen gab Patientin ruckartig stoßweise Antworten, ohne im Sprachvermögen behindert zu sein, wenn auch zeitweilig schnalzende und schmeckende Laute ausgestoßen wurden. Außerdem wurde Patientin von gewissen Vorstellungen und Halluzinationen beherrscht. Ebenso wie Fall I verlief

auch dieser tödlich, und zwar ebenfalls an intermittierender Pneumonie. Auch hier ergab die Sektion eine Endokarditis auf infektiöser Grundlage. K. Boas.

H. Dorn, Zur Klinik der stuporösen Form der Katatonie. (Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität in Kiel.) (Kiel 1915.) Der vom Verf. mitgeteilte, anfänglich als Hebephrenie diagnostizierte Fall stellte sich im Verlauf der Beobachtung als Katatonie heraus. Patient nahm in etwa 10 Monaten trotz Sondenernährung und Kochsalz-Traubenzuckerinfusionen von 53,2 kg bis 38 kg ab bei einer Größe von 1,70 m. Die Symptome sowie der Sektionsbefund waren im wesentlichen typisch, namentlich der Gehirnbefund. Im übrigen fand sich in den Lungen eine reichliche Aussaat von Tuberkelbazillen. Das Herz war hypertrophisch, die Harnwege zeigten die bekannten pathologischen Veränderungen infolge der chronischen Harnretention. K. Boas.

K. Melzer, Beitrag zur Lehre von den Psychosen nach Infektionskrankheiten: Psychose bei Diphtherie. (Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität in Kiel.) (Kiel 1915.) Verf. berichtet über einen Fall von Psychose bei Diphtherie bei einem 16jährigen jungen Mann. Die Erkrankung äußerte sich in Verwirrtheit und Erregungszuständen, Größenwahnideen und Halluzinationen. Die Amentia kam zur Heilung, obgleich zu diesem Zeitpunkt noch Diphtheriebakterien im Abstrich nachweisbar waren.

Dem Falle geht eine Bearbeitung des in der Literatur niedergelegten einschlägigen Materials unter Anführung einiger kasuistischer Beobachtungen voraus. K. Boas.

R. Lenneberg, Über den Ausfall der kutanen und intrakutanen Tuberkulinreaktion beim Scharlach. (Aus der Kinderklinik der allgemeinen städtischen Krankenanstalten in Düsseldorf.) (Leipzig 1914.) Verf. fand, daß tatsächlich während der ersten Scharlachtage eine Herabsetzung der Reaktionsfähigkeit der Haut gegen Tuberkulin statthat. Die Reaktionsfähigkeit der Haut ist herabgesetzt, nicht etwa ganz aufgehoben. Das Optimum für die Wiederkehr der Reaktion bei Impfungen mit 0,0001 g liegt zwischen dem 7. und 10. Tage, während bei Impfungen mit 0,001 g das Optimum bereits zwischen dem 5. und 8. Tage liegt. Dazu kommt, daß bei der zweiten Versuchsreihe während der ersten 5 Krankheitstage 19 %, bei der dritten Versuchsreihe sogar 43 % der Fälle auf die erste Impfung positiv reagierten, gegen 8 % bei der ersten Versuchsreihe. Ferner fand Verf. bei 10- bzw. 100fach stärkeren Einzeldosen wie bei der ersten Versuchsreihe eine Sensibilisierung des Körpers gegen Tuberkulin. K. Boas.

H. A. Schomann, Über Veränderungen des Hornhautzentrums bei angeborenen Hornhauttrübungen. (Aus der Universitäts-Augenklinik zu Rostock.) (Rostock 1914.) Verf. berichtet über einen Fall von zystoider Hornhautektasie, die bei einem vier Wochen alten Kaninchen beobachtet wurde. Man wird diesen Fall,



in welchem in der reizlosen Kornea ein parazentrales Hornhautgeschwür entstand, nach Ansicht des Verf.s in der Weise deuten können, daß die getrübte Hornhaut im Zentrum verdünnt und die Decke des zystischen Hohlraumes abgestoßen ist.

Auch die übrigen Fälle, in denen es sich um Einsenkungen oder um umschriebene Ektasie handelte, sind dahin zu erklären, daß wir es mit den Folgen einer fehlerhaften oder unterbliebenen Abschnürung des Linsenbläschens zu tun haben. K. Boas.

H. Eckhard, Über den Tod und Scheintod der Neugeborenen. (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Würzburg.) (Würzburg 1914.) Der Arbeit liegen insgesamt 11616 Geburtsfälle aus den Jahren 1890 bis 1899 aus der Würzburger Universitäts-Frauenklinik zugrunde, auf Grund derer Verf. zu folgenden Schlußfolgerungen gelangt:

1. Die Häufigkeit der Totgeburten beträgt rund 1 %.
2. Das Verhältnis der totgeborenen Knaben zu den Mädchen beträgt 59,48 % zu 40,57 %.
3. Die Häufigkeit der Asphyxie beträgt 7,53 %.
4. Knaben werden häufiger von der Asphyxie betroffen als Mädchen (100 Mädchen zu 133,3 Knaben).
5. Die Sterblichkeit der Knaben infolge von Geburtskomplikationen ist größer als bei den Mädchen und beträgt 18 % zu 12 %.
6. Von den wiederbelebten Kindern sterben im Verlaufe der ersten Wochen mehr Mädchen (10,66 %) als Knaben (9,6 %).
7. Die Beteiligung Erstgebärender ist größer als die Mehrgebärender (49,84 % und 50,25 %). K. Boas.

H. Kemmerling, Über die Boassche Chlorophyllprobe zur Bestimmung der Magenmotilität. (Aus der Inneren Abteilung des Augusta-Krankenhauses in Düsseldorf.) (Würzburg 1914.) Die Boassche Chlorophyllprobe ist theoretisch gut erdacht und zeitigt in vielen Fällen auch praktisch brauchbare Ergebnisse. Die ihr anhaftenden Fehlerquellen lassen ihre allgemeine Einführung in die Praxis vorläufig aber noch nicht empfehlen. Die Tatsache, daß die Boassche Probe in der Mehrzahl der Fälle (62 %) ein mit der Leubeschen und der Röntgenbehandlung übereinstimmendes Resultat ergeben hat, beweist aber, daß der in ihr liegende Grundgedanke richtig ist und daß es wohl der Mühe wert ist, die der Probe noch anhaftenden Fehlerquellen auszumerzen und sie so zu einer einwandfreien Motilitätsprüfungsmethode zu gestalten. Wenn ihre Anwendung in der Praxis sich auch im wesentlichen auf die Fälle, wo weder die Leubesche noch die Röntgenmahlzeit genommen wird, beschränken dürfte, so behielte sie doch ihren Wert für wissenschaftliche Untersuchungen. Setzte sie uns doch weit mehr wie alle unsere bisherigen Motilitätsproben in die Lage, den Grad einer Motilitätsstörung und die feineren Unterschiede in der Entleerungsänderung des Magens zu bestimmen. K. Boas.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

Ernst Mayerhofer, Über Impfung und Impfzwang in Österreich. (Aus der internen Kinderabteilung des k. k. Wilhelminen-Spitals in Wien.) (W. m. W. 1915 Nr. 25.) Ein gesetzlicher Impfzwang ist derzeit in Österreich unbedingt notwendig, wenn auch der endgültige zahlenmäßig ausgedrückte Impfzustand der Bevölkerung anscheinend ein guter ist (96,2 %); dieser schließliche Impfzustand wird nämlich allzu langsam erreicht, wobei genug Ungeimpfte — namentlich vorschulpflichtige Kinder — vorhanden sind, die jederzeit ein Fortglimmen der Epidemie ermöglichen. Besonders erheischt die Frage der Revakzination eine gesetzliche Regelung. Gegen die theoretischen Anhänger des pseudoliberalen Rechtes der Selbstbestimmung des einzelnen Staatsbürgers kann angeführt werden, daß die geringe Einschränkung der persönlichen Freiheit durch den Impfzwang gar nicht in Betracht kommt gegen die gewaltigen und harten Quarantänrechte, welche die Sanitätspolizei in Österreich augenblicklich auch ohne gesetzlichen Impfzwang besitzt. Die Impfung ist in Österreich, wie aus Verf.s Kindermaterial und aus dem von v. Jaksch (bei Erwachsenen) erhellt, durchaus nicht unpopulär; aus diesem Grunde ist ein Widerstand der Bevölkerung gegen die gesetzliche Regelung des Impfwesens nicht zu erwarten.

Grätzer.

v. Pirquet, Ernährung des Kindes während des Krieges. (Ebenda. 1915 Nr. 31.) Nachdem Verf. von der Ernährung des Säuglings gesprochen und hier die möglichst lange Mutternährung als erste Pflicht hervorgehoben, geht er auf das ältere Kind über und bespricht speziell die Verwendung des Zuckers.

„Wir wissen dieses Hauptnahrungsprodukt unseres Landes noch nicht richtig auszunützen. Darin könnten wir etwas von England lernen. Großbritannien führt im Jahre um 700 Millionen Kronen Zucker ein, das ist für 20 Kronen per Kopf der Bevölkerung. Das bedeutet, daß dort jeder Mensch im Durchschnitte über 100 g Zucker im Tag zu sich nimmt, im Tee, in den Marmeladen, in verschiedenen Süßigkeiten und Kakes. Er deckt etwa $^1/_5$ seines Nahrungsbedarfes mit Zucker. Wir haben hier noch, aus alter Zeit her, alle möglichen Vorurteile gegen den Zucker. Er soll die Zähne ruinieren, den Magen verderben, schlechte Stühle machen und in geheimnisvoller Weise zur Zuckerkrankheit führen können. Ich habe zur Aufklärung dieser Fragen in den letzten Monaten auf der Klinik zahlreiche Versuche mit Zucker unternommen. Zunächst bei Säuglingen, indem ich als Nahrung Kuhmilch mit gleichen Teilen einer 17 %igen Rohrzuckerlösung gebe. Die 17 % kommen dadurch heraus, daß diese Lösung mit der Milch an Wärmewert gleichwertig ist. Es wurden somit 50 % der Wärmemenge in Form von Rohrzucker gegeben. Diese Mischung wird sehr gern genommen und tadellos vertragen.

Bei älteren Kindern ließ ich Zucker in Form von Streuzucker oder Stückzucker auf dem Brot, auf die Milchspeise oder in Lösung in die Mehlspeisen, ins Kompott reichlich geben, um zu sehen, wieviel man da ertragen kann und wieviel verwertet werde.

Eine Anzahl größerer Kinder nahm ohne Anstand 150—200 g reinen Zucker als Zusatz; mit dem Rohzucker, der schon von vornherein in den Nahrungsmitteln enthalten war (Kakao, Milchspeise, Mehlspeise), stellte sich eine tägliche Zuckeraufnahme bis zu maximal 300 g Zucker heraus. Und diese Menge wurde anstandslos vertragen. In keinem Falle traten Diarrhöen oder Glykosurie ein. Irgendwelche schädliche Folgen waren nicht wahrzunehmen.

Zu achten ist dabei auf drei Punkte: Man muß den Zucker zu den Mahlzeiten geben. Die Erfahrung, daß Zucker den Magen verderbe, ist wohl darauf zurückzuführen, daß gewöhnlich der Zucker zu jeder Tageszeit zwischen den Mahlzeiten genascht wird und darauf Unlust zu anderen Nahrungsmitteln folgt. Zweitens, man muß die Zuckerernährung allmählich, im Laufe einer Woche, auf das angegebene Maß steigern, sonst tritt ein Widerwille gegen Zucker ein. Man weiß ja, wie die Zuckerbäcker den Lehrjungen das Naschen verleiden. Sie lassen sie in den ersten Tagen soviel Süßigkeiten essen, daß sie sich daran verekeln. Also ganz langsam, Tag für Tag mehr! Drittens, die Eiweißmenge darf nicht allzu stark herabgesetzt werden, sonst erfolgt kein guter Gewichtsansatz. Käse, Magermilch, Hülsenfrüchte, Ei, Fleisch oder Nährhefe müssen zur Ergänzung des Zuckers etwas reichlicher als sonst gegeben werden. Man spart ja am Zuckeranteil der Nahrung und kann dafür für den anderen Teil etwas mehr ausgeben. Denn der Zucker ist das einzige Nahrungsmittel, das nicht wesentlich im Preise gestiegen ist. Die Menge von 100 g Rohzucker, die wir leicht als Zusatz bei Kindern verabreichen können, kostet nur 10 Heller und hat soviel Nährwert wie 600 g Milch, die jetzt etwa 18 Heller kosten. Wenn unsere Regierung das eigene Volk zum Genuß von Zucker als Nahrungsmittel erziehen könnte und uns die 254 Millionen Kronen Zucker, die ausgeführt werden, zum gleichen Preise überlassen würde, wie sonst den Engländern, würde das einen wesentlichen volkswirtschaftlichen Fortschritt bedeuten.“ Grätzer.

W. T. Porter and **J. H. Pratt,** The state of the vasomotor centre in diphtheria intoxication. (Amer. Journ. of Physiology 33. Nr. 3. p. 431.) Die experimentelle Wahrscheinlichkeit beweist, daß das vasomotorische Zentrum bei schwerer Diphtherie verschont bleibt. K. Boas.

A. F. Hess, The pancreatic ferments in infants. (Collected Studies from the Bureau of Laboratories.) (Department of health, City of New York. VII. p. 422.) Bei chronischer Unterernährung im Kindesalter konnte Verf. sogar in vorgeschrittenen Fällen von Marasmus und Atrophie sämtliche Pankreasfermente nachweisen. Bei akuten intestinalen Verdauungsstörungen fehlte die Lipase, während die beiden anderen Fermente in ansehnlichen Mengen vertreten waren. Dieses Fehlen der Lipase scheint für diese Zustände einigermaßen charakteristisch zu sein. Bei allen fieberhaften Zuständen fehlt es nicht, z. B. bei der Pneumonie oder beim Empyem. Das Fehlen des lipolytischen Vermögens scheint in Zusammenhang zu stehen mit der klinisch zu beobachtenden Fettintoleranz. In der Tat ergaben Stoffwechseluntersuchungen eine mangelhafte Fettabsorption. K. Boas.

W. H. Bates, Myopia preventing by teachers. (Über die Verhütung der Myopie durch Lehrer.) (New York med. Journ. 30. Aug. 1913.)

1. Alle Untersucher haben bis jetzt mitgeteilt, daß die früheren Versuche, ein krankhaftes Sehvermögen festzustellen oder die Myopie in den Schulen zu verhindern, vergebens gewesen sind.

2. 121 Lehrer haben in den New Yorker Schulen die Zahl der Schüler mit Sehfehlern schätzungsweise festgestellt. Nach dem Mitgeteilten erhielten über 1000 Schüler mit krankhaftem Sehvermögen ihr normales Sehvermögen auf beiden Augen wieder.

3. 32 Lehrer behüteten das Sehvermögen aller ihrer Schüler vor dem Blindwerden.

4. Myopie wurde von den Lehrern vorgebeugt. K. Boas.

T. Brailsford Robertson, The post-natal loss of weight in infants and the compensatory overgrowth which succeeds it (Preliminary communication). (Proceeding of the Society for experimental biology and medicine. Vol. XII 1914. p. 66.) Verf. führt aus, daß der Gewichtsverlust nach der Geburt um so größer ist, je größer das Gewicht des Kindes bei der Geburt ist. Es erscheint daher wahrscheinlich, daß der Gewichtsverlust in erster Linie auf einem mechanischen Shock beruht, obgleich auch mangelhafte Ernährung und funktioneller Shock eine Rolle dabei spielen. K. Boas.

Th. J. Orbison, Myopathy, with clinical reports of eight cases comprising various Types.' (Amer. Journ. of Medic. Sciences Vol. 148. p. 550. October 1914.) Verf. berichtet insgesamt über 8 Fälle von Myopathie, die sämtlich verschiedene Typen des nämlichen Krankheitsbildes repräsentierten. Fall I und II betrafen zwei Brüder mit Atrophie in Verbindung mit pseudomuskulärer Hypertrophie. Der erste Fall entsprach dem Typus Werdnig-Hoffmann, der zweite dem Typus Duchenne. Fall III betraf ein 28monatiges Kind mit infantiler Dystrophie. Die übrigen Fälle betrafen Erwachsene. In allen Fällen waren die elektrischen Reaktionen auf den faradischen Strom in den erkrankten Muskeln einer starken Verzögerung unterworfen. Die beiden ersten Fälle vertraten allein das familiäre Element. Die elektrische Behandlung war nur in einem Falle von deutlichem Nutzen. Außer in zwei Fällen war kein ätiologisches Moment für die Erkrankung aufzutreiben.

K. Boas.

S. Flexner, The mode of infection in epidemic poliomyelitis. (Journ. of the Amer. med. Association. 59. Nr. 15.) Die epidemische Poliomyelitis ist, wie die epidemische Meningitis, überwiegend eine Erkrankung des frühen Jugendalters. Der höchste Prozentsatz ihrer Opfer findet sich in den fünf ersten Lebensjahren, doch bleiben auch ältere Kinder und Erwachsene davon nicht ganz verschont. Wie die epidemische Meningitis, tritt sie in einer freien und einer abortiven oder ambulatorischen Form auf. Ihre Übertragung scheint stattzufinden durch ein Virus, welches in der Gegend der Schleimhautmembran der Nase und des Schlundes in den Körper eindringt und ihn daselbst verläßt. Die Übertragung gelingt durch

aktiv infizierte Tiere und wahrscheinlich durch gesunde passive Tiere von dem spezifischen Mikroorganismus und Virus. Sie ist möglicherweise in ihrer Ausdehnung beschränkt durch eine hohe natürliche Indisposition oder Unzugänglichkeit für Infektion, die bei Personen aller Altersstufen vorzukommen pflegt. K. Boas.

M. Woods, Some cases of epilepsy in children traced to singe alcoholic intoxications on the part of one or both parents Otterwise teetotalers. (Journ. of the Amer. med. Association 61. Nr. 26.) Verf. vertritt auf Grund von 7 Fällen den Standpunkt, daß die Zeugung im einmaligen Rausche sonst durchaus abstinent lebender Eltern ein epileptisches Kind hervorbringen kann. Nicht der chronische Alkoholismus, sondern die akute Alkoholvergiftung zur Zeit der Zeugung ist es, die Epilepsie in der Deszendenz im Gefolge hat. Voraussichtlich gäbe es weniger Fälle von Epilepsie, wenn der Alkohol zur Zeit der Konzeption vermieden würde.
K. Boas.

J. Brdlik (Prag), Serotherapie und schwere postdiphtheritische Lähmungen. (Časopis českých lekařůr 53. 1914 S. 191 [Böhm.]) Auf Grund seiner 15 Beobachtungen von postdiphtheritischen Lähmungen in Fällen, die mit Serum behandelt wurden und ohne Serumbehandlung geblieben sind, resumiert Verf.: In den mit Serum behandelten Fällen verliefen die Lähmungen bedeutend milder. Auf das klinische Bild der Lähmung hat die Seruminjektion keinen Einfluß, nur auf den Verlauf; dabei ist der Zeitpunkt des Behandlungsbeginns von Wichtigkeit und absolute Ruhe der Patienten geboten. — Verf. publiziert in extenso die Krankengeschichten und gibt eine Statistik der Lähmungen betreffs ihrer Form und den Einfluß der Behandlung zu. Jar. Stuchlik (Zürich).

H. Scheuermann, Erfahrungen bei Behandlung und Röntgenuntersuchung von Luxatio coxae congenita. (Aus der Klinik des Vereins für Verkrüppelte.) (Ugeskrift for Läger 1915 Nr. 19.) Übersicht über 101 Fälle von Luxatio coxae congenita, in der Klinik von 1911 bis 1913 behandelt. 90 waren Mädchen, 11 Knaben; bei 46 war das Leiden doppelseitig; von diesen waren 5 Knaben. 55 hatten einseitige Luxation, 19 an rechter, 36 an linker Seite. 55 Kinder waren über 4 Jahre alt bei dem ersten Besuch. Der Verf. beschreibt detailliert die einzelnen Phasen der Behandlung und die Röntgenuntersuchungen, auch die verschiedenen Komplikationen und Mißerfolge, die eintreten können. Die Reposition wurde gewöhnlich ad modum Lorenz vorgenommen; nach dem Anlegen des Gipsverbandes wurde die Lage der Capita durch Röntgenphotographien festgestellt; 1 Monat später wieder Röntgenuntersuchung zur Kontrolle; 3 Monate später wird der Verband entfernt, wieder Röntgenphotographien; neuer Verband. 4 Monate später, wenn alles normal verlaufen ist, Abnahme des Verbands, Heilung; wieder Röntgenuntersuchung. Anatomische Heilung wurde bei 75% der einseitigen und 57% der doppelseitigen Luxationen erreicht. Reluxation trat auf bei 12 von den einseitigen, 17 von den doppelseitigen Fällen ein.
Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

Sinding-Larsen, Malum deformans coxae infantile (die Calvé-Perthessche Krankheit). (Norsk Magazin for Laegevidenskaben 1915 Nr. 4.) Auf 9 Fälle gestützt, gibt der Verf. eine Beschreibung des Leidens. Anfangs kann das Leiden ganz wie eine beginnende Coxitis negatives Röntgenbild zeigen. Wenn das Röntgenbild eine typische Calvé-Perthessche Krankheit zeigt, ist Tuberkulinprobe unnötig; wenn das Röntgenbild noch nicht typisch ist, soll man Tuberkulinkontrolle vornehmen; wenn diese negativ ist, ist die Diagnose klar; wenn dagegen die v. Pirquetsche Probe positiv ist, ist es fraglich, ob man durch eine subkutane Tuberkulinprobe versuchen soll, eine lokale Herdreaktion zu bekommen; es ist besser, eine tuberkulöse Coxitis zu viel als eine zu wenig zu behandeln; spätere Röntgenbilder werden immer die richtige Diagnose ergeben, und die Immobilisation wird kaum einem Patienten mit Calvé-Perthesscher Krankheit schaden. Adolph H. Meyer (Kopenhagen).

M. H. Gordon, On a fatal illness in children associated with acute interstitial parotitis. (Lancet, 2. Aug. 1913.) Die Arbeit beruht auf der histologischen Untersuchung eines ungewöhnlichen Befundes (Parotitis), der im Zeitraum von wenigen Monaten bei der Autopsie von vier im St. Bartholomäus-Hospital in London Verstorbenen erhoben wurde. Alle Kranken waren Kinder und alle waren sie nach kurzdauernder Krankheit gestorben, deren Symptome eine Meningo-Enzephalitis anzuzeigen schienen. Bei der Nekropsie fand man Hyperämie der Meningen in allen Fällen und bei zwei von ihnen ein Abgeplattetsein der Windungen und andere Zeichen intrakranieller Drucksteigerung. In keinem Falle wurde in den Meningen Eiter gefunden, auch keine Tuberkel. Die Spinalflüssigkeit war klar und enthielt reichlich Lymphozyten, aber keine Mikroorganismen. Schnitte von Hirnrinde und Rückenmark zeigten bei der mikroskopischen Untersuchung keine histologischen Veränderungen, welche die Diagnose einer Poliomyelitis hätten rechtfertigen können. Die zervikalen und mesenterialen Drüsen waren geschwollen. In zwei Fällen trat das Lymphgewebe des Dünndarms stärker als gewöhnlich hervor, an den Peyerschen Haufen in einem der Fälle und an den geschlossenen Follikeln im anderen. Bei zwei Fällen wurden petechiale Blutungen bemerkt: in der Pleura parietalis und dem viszeralen Perikard in einem Fall, an der Unterfläche der Leber und auf der Innenfläche der Nierenkapsel im anderen Fall. Von allen Kindern blieben Kulturen von Herzblut und Zerebrospinalflüssigkeit steril, und ihre Krankheit hätte durchaus rätselhaft erscheinen können, würden nicht auch die Speicheldrüsen histologisch untersucht worden sein: diese waren zwar nicht deutlich vergrößert und hatten intra vitam zu keiner Erscheinung den Sitz abgegeben, aber sie zeigten gleichwohl Herde akuter interstitieller Entzündung.

Die Kinder standen im Alter von 2 Jahren, 2 Jahren 10 Monaten, 5 Jahren und 9 Jahren. Die Dauer der Krankheit war verschieden: in einem Falle starb der Kranke im Zeitraum von 24 Stunden, die klinische Diagnose lautete „Konvulsionen“; die anderen Kinder starben am 2., 3. und 12. Tag. Bei allen zeigte die Krankheit be-

stimmte gemeinsame Züge. In drei Fällen von vier wurde als initiales Symptom eine sehr starke Somnolenz verzeichnet; alle Patienten hatten Coma und einer Delir. Bei allen waren die Augen eingesunken und starr, mit erweiterten Pupillen. In allen Fällen bestanden Erscheinungen von Muskelsteifigkeit in dieser oder jener Form. Das Kernigsche Zeichen war dreimal vorhanden, Babinski in zwei Fällen, zweifelhaft im dritten und fehlend im vierten. Bei drei Kranken waren Patellar- und Bauchdeckenreflex erloschen. Bei allen endlich waren Allgemeinstörungen vorhanden: eine starke Blässe der Haut, Fieber, mit frequentem, schwachem Puls. Alle Kinder hatten Erbrechen und Durchfall, und bei drei von ihnen hatten die Entleerungen eine grüne Farbe. Die Spinalflüssigkeit stand ganz besonders in zwei Fällen unter sehr starkem Druck; bei der Untersuchung fand man bei drei Kranken 50446 und 6800 Zellelemente im Kubikmillimeter. In allen Fällen waren die vorherrschenden Zellen Lymphozyten. Was das Blut betrifft, so wurden bei einem Kranken 11400 Leukozyten gezählt, und in einem anderen Fall ergaben zwei Zählungen 28000 und 20000 Leukozyten.

Was war die Natur dieser Affektion? Daß es im Verlauf der Poliomyelitis auch zu einer akuten, interstitiellen Entzündung der Speicheldrüsen kommen kann, ist bekannt. Was aber im gegebenen Fall gegen diese Annahme spricht, das ist zunächst das Fehlen von Lähmung einer Muskelgruppe in der klinischen Geschichte der Kranken und zweitens das Fehlen der für die akute Poliomyelitis allercharakteristischsten Markveränderungen (Infiltration der grauen Substanz, der Vorderhornzellen und der Gefäßscheiden). Unter diesen Umständen ist Verf. geneigt, anzunehmen, daß der Tod in diesen Fällen die Folge einer ungewöhnlichen Tätigkeit des Mumpsvirus gewesen ist. In dieser Hinsicht sei bemerkt, daß keines der vier Kinder früher Mumps gehabt hatte. Es ist jedoch auch möglich, daß es sich um ein noch nicht bestimmtes Virus gehandelt hat. Wie dem auch sei, das Krankheitsbild verdient jedenfalls die Beachtung der Ärzte. Verf. wirft die Frage auf, ob es nicht als wichtiger Faktor bei der Kindersterblichkeit in Betracht kommen mag, namentlich für jene Art von Fällen, in welchen die Todesursache gegenwärtig unter der etwas vagen Rubrik der „Konvulsionen" figuriert.

H. Netter (Pforzheim).

R. Benon et **A. Legal,** Etude clinique de la démence épileptique. (Revue de médicine. 1913 No. 9.) Unter Anführung von acht Beobachtungen besprechen die Verff. die einzelnen Formen der epileptischen Demenz, ihre Diagnose, Differentialdiagnose und Prognose. Sie gelangen zu folgenden Schlüssen: Klinisch ist die eigentliche Dementia epileptica gekennzeichnet durch einen partiellen, mehr oder minder langsamen und progredienten intellektuellen Schwächezustand; betroffen sind Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Phantasie, Urteilsfähigkeit, logisches Denken; mit dieser intellektuellen Schwäche gehen Störungen des Affekts und des Tätigkeitsdranges einher. Neben diesen als primär aufzufassenden Intelligenzdefekten sind häufig vorhanden: Wahnideen, Verwirrtheitszustände, Anfälle von Asthenie oder Hypersthenie, somatische Störungen

(Dysarthrie usw.). Die Dementia epileptica tritt in mehreren Formen auf. Verff. unterscheiden: 1. die gewöhnliche Form; 2. spezielle Formen je nach Verlauf (schnelle, langsame und remittierende Form); 3. spezielle Formen je nach Symptomen (pseudo-paralytische, asthenische oder stupide, manische, paralytische, spastische Form usw.). Bezüglich der Diagnose ist die epileptische Demenz zu trennen von den anderen psychischen Störungen, die bei Epileptikern zur Beobachtung kommen: Verwirrtheit, Bewußtseinstrübung, Delirien, Amnesie, Asthenie, Manie usw. Bezüglich der Demenz kommen differentialdiagnostisch in Betracht die Idiotie, Imbezillität, Debilitas mentis, Dementia praecox, Dementia paralytica, senile Demenz. In ihren fundamentalen klinischen Symptomen nähert sich die Dementia epileptica der sogenannten „organischen“ Demenz, von der sie auch schwer zu trennen ist; beide sind vor allem charakterisiert durch die partielle Abschwächung der intellektuellen Fähigkeiten.

Kurt Mendel.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Heller: a) **Pygomelus.** — b) **Physiologie der Neugeborenen.** a) Der Vortragende zeigt ein 3 Wochen altes Brustkind, mit einem dritten, wohl ausgebildeten Bein, das unmittelbar über dem Kreuzbein herausgewachsen ist. Am Spalt hängt außerdem noch ein etwa 10 cm langer und 3 cm breiter Weichteil heraus, der wohl als prolabierter Darm anzusprechen sein dürfte. Die Operation, welche später ausgeführt werden soll, wird über den inneren Zusammenhang der Mißbildung mit dem Körper wohl noch näheren Aufschluß bringen. Solche Mißbildungen werden Pygomelus oder Pygopagus genannt und gehören zu der Gruppe der Sakralparasiten. Nach der Hypothese von Marchand-Bonnet, die die meisten Anhänger hat, verdankt die Mißbildung der Ausschaltung einer Furchenzelle ihren Ursprung. Je komplizierter der Bau des Parasiten ist, um so frühzeitiger ist die Ausschaltung. In dem vorliegenden Fall muß daher die teratogenetische Treminationsperiode schon sehr frühzeitig erfolgt sein.

b) Ernährungstechnik. Angeregt durch eine Publikation Rietschels, der auf Grund seiner klinischen Erfahrungen behauptet, daß eine feste Norm in der Anzahl der Mahlzeiten für die erste Zeit nicht aufgestellt werden kann, hat der Vortragende in der Hebammenschule Serienuntersuchungen bei Neugeborenen angestellt. Es wurden 200 Kinder 5 mal, 70 Kinder 6 mal und 20 Kinder 7 mal angelegt. Resultat: Von der ersten Serie hatten am neunten Tage 10,5%, von der zweiten 10%, von der dritten 15% das Anfangsgewicht wieder erreicht. Die durchschnittlich getrunkenen Tagesmengen waren bei den drei Gruppen annähernd gleich; in den letzten drei Tagen hatten die Kinder mit 5 Mahlzeiten sogar einen kleinen Vorsprung. Aus diesen Beobachtungen geht hervor, daß die Erhöhung der Mahlzeiten für die Kinder in den ersten Lebenstagen keinerlei Vorteile bietet gegenüber der Czernyschen Methode. Als das beste Mittel zur Bekämpfung der Hypogalaktie sieht der Vortragende nicht eine Vermehrung der Mahlzeiten wie Rietschel, sondern die jedesmalige vollständige Entleerung der Brust, die, wenn das Kind dazu zu schwach ist, dann künstlich anzustreben ist. — Der Blutzuckergehalt: Es wurden bei 12 Neugeborenen und bei 3 frühgeborenen Kindern in den ersten Lebenstagen fortlaufende Blutzuckerbestimmungen nach der Bangschen Methode ausgeführt. Dabei hat sich ergeben, daß der Blutzuckergehalt und seine Schwankungen bei Neugeborenen und Frühgeborenen innerhalb derselben physiologischen Breite liegen, wie sie dem älteren Säugling und dem Erwachsenen zukommt. Weder das Alter, noch die Zeit der Nahrungsaufnahme, noch auch die Nahrungsmenge lassen einen nennenswerten Einfluß erkennen. Dies überrascht nicht, wenn man bedenkt, daß der Blutzuckergehalt zu den konstantesten Größen gehört, welche an der Zusammensetzung des Blutes beteiligt sind. — Die Temperaturverhältnisse: Es wurden

52 Kinder, die zeitlich in 4 Gruppen geteilt, 6mal täglich exakt gemessen. Die erhaltenen Kurven bieten ein sehr wechselvolles Bild dar. Irgendwelche Gesetzmäßigkeiten lassen sich nicht erkennen. Die Tagesschwankungen können sich innerhalb weiter Grenzen bewegen (0,3—1,7°). Die Ursache dieser Thermolabilität ist einmal in dem unvollkommen entwickelten Wärmezentrum zu suchen, dann kommt noch ein endogenes Agens hinzu, das durch seine Wirkung auf das unfertige Wärmezentrum die Schwankungen hervorruft. Man wird dabei in erster Linie an eine Autointoxikation denken, doch kann man darüber nur Vermutungen anstellen. Ein Teil der Kinder hat in den ersten Tagen fieberhafte Temperaturen, die eine innige Koinzidenz mit der Gewichtskurve zeigen. Hier ist es sehr wahrscheinlich, daß es sich um abnorme Stoffwechselvorgänge handelt.

(Unterelsäss. Ärzte-Verein, Straßburg, 23. Mai 1914.)

Moro: **Einfluß der Molke auf das Darmepithel.** Die Überlegenheit der natürlichen Ernährung und die Minderwertigkeit der Kuhmilchnahrung beim Säugling ist unter anderem auf die differente Wirkung beider Molken zurückzuführen, und zwar ergaben Atmungsversuche am überlebenden Darmepithel verschiedener Tierarten, daß die am Oxydationseffekt gemessene Lebensenergie der isolierten Darmzellen im Medium artentsprechender Molken wesentlich höhere Werte erreicht als im Medium heterologer Molken. Dieser Einfluß der Molken auf das Darmepithel beruht zum Teil auf spezifischer Salzwirkung, vor allem aber auf der Wirkung gewisser, wahrscheinlich mit Lipoidsubstanzen zu identifizierender Molkenstoffe. Das Molkeneiweiß (homolog oder heterolog) übt auf die Oxydationsgröße in Darmzellen keinen erkennbaren Einfluß aus; wohl aber auf die resorptive Funktion, wie in besonderen Versuchen (Freudenberg und Schofmann) gezeigt werden konnte. Überlebender Kälberdarm nahm aus Frauenmolke wesentlich weniger Milchzucker auf als aus Kuhmolke. Als resorptionshemmendes Prinzip wurde das heterologe Molkeneiweiß erkannt.

(Naturhistor.-mediz. Verein Heidelberg, 23. Juni 1914.)

III. Monats-Chronik.

Der Tätigkeitsbericht der Deutschen Zentrale für Jugendfürsorge für die Jahre 1913 und 14 ist soeben erschienen. Aus dem Gesamtbericht läßt sich eine stetige zielbewußte Entwicklung dieser Organisation erkennen; die Zahl der Fälle in den praktisch arbeitenden Stellen betrug im Jahre 1913 4994, im Jahre 1914 7194. An die Fürsorgestelle beim Kgl. Polizeipräsidium wurden im Jahre 1913 4177, im Jahre 1914 7248 Ersuchen gerichtet. Das Zusammenarbeiten mit den staatlichen und städtischen Behörden hat in den Berichtsjahren eine überaus erfreuliche Steigerung erfahren. Über die Art der geleisteten praktischen Arbeit berichten die Darstellungen der einzelnen Dezernate, die eine Fülle von wertvollem Material, Anregung zu einem weiteren Ausbau der Arbeit auf den verschiedensten Gebieten bringen. Eingehend wird von der Kriegsarbeit und ihren vermehrten Aufgaben gesprochen. Es folgen sodann Berichte über das Heilerziehungsheim für psychopathische Knaben in Templin, das 1913 gegründet, zum ersten Male eingehender über die Erfolge fürsorgerischer und erzieherischer Arbeit sprechen kann, ferner über das in der Kriegszeit errichtete Kriegsmädchenheim und den Kriegskindergarten. Ein kurzes zusammenfassendes Bild der seit dem Bestehen der Deutschen Zentrale für Jugendfürsorge geleisteten Arbeit gibt der Anhang „10 Jahre Jugendfürsorgearbeit". Die Schilderung zeigt, wie mit den bescheidensten Mitteln der Grundstein gelegt wurde zu einem Werk, das durch die Mitarbeit weit ausschauender und organisatorisch genial veranlagter Führer jetzt zu einer Einrichtung angewachsen ist, die wir uns aus der Wohlfahrtspflege nicht mehr wegdenken können. Der Tätigkeitsbericht für 1913/14 sowie der Separatabdruck „10 Jahre Jugendfürsorgearbeit" sind in der Geschäftsführung der Deutschen Zentrale für Jugendfürsorge, Berlin N 24, Monbijouplatz 3 II zu beziehen.

Wien. Dr. A. Hecht hat sich für Kinderheilkunde habilitiert.

Zürich. Priv.-Doz. Dr. Bernheim erhielt den Professortitel.

Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Eine Monatsschrift für praktische Ärzte.

20. Jahrgang. Dezember 1915. Nr. 12.

I. Referate.

A. Aus deutschen Zeitschriften.

Erich Benjamin, Der Eiweißnährschaden des Säuglings. (Ztschr. f. Kindhlk. 10. H. 2, 3 u. 4. 1914. S. 185.) Ausführliche Arbeit über dieses Thema. Nach historischer Übersicht über die Frage der schweren Verdaulichkeit des Kuhmilcheiweißes geht Verf. auf den bekannten Molkenaustauschversuch von L. F. Mayer ein, der erweisen sollte, daß die Kuhmilchmolke das schädliche Prinzip der künstlichen Ernährung sei. Bei Nachprüfung dieser Versuche ließ sich dieser Befund nicht bestätigen. In einem weiteren Kapitel geht Verf. auf die Frage der „Kaseinbröckel" ein, deren Kaseinnatur durch chemische Untersuchung bewiesen werden konnte. Interessant ist die Feststellung, daß Buttermilch die Ausscheidung von Kaseinbröckel verhindert. Benutzt man zur Aufschwemmung von Kasein statt Buttermilch Magermilch, so erscheinen die Kaseinbröckel sofort wieder. Verf. erörtert die klinische Bedeutung des Auftretens von Kaseinbröckeln und betont, daß jene Säuglinge, die bei der rohen, mit Magermilch bereiteten Eiweißmilch große Mengen Kasein im Stuhl ausschieden, im allgemeinen schlecht gediehen und auch bei dem gewöhnlichen Eiweißmilchpräparat gediehen. Die Anwesenheit der Bröckel bedeutet schwere Verdaulichkeit des Kuhmilchkaseins und hat für die Ernährungsstörungen lediglich eine sekundäre Beeinflussung, sie ist ein Symptom der Erkrankung, das wahrscheinlich mit Störungen der Erledigung der Milch im Magen in Zusammenhang steht, das aber mit dem Wesen des eigentlichen Krankheitsprozesses nichts zu tun hat.

Im zweiten Teil berichtet Verf. über ausgedehnte Stoffwechselversuche an gesunden und kranken Kindern, die darauf hinweisen, daß durch fortdauernde Eiweißüberernährung unter gewissen Bedingungen eine Änderung der chemischen Zusammensetzung des Säuglingskörpers eintreten muß, deren Pathologie für die Beurteilung der Säuglingskrankheiten von Bedeutung sein kann. Die Symptome bei der Eiweißüberernährung stimmen mit den Erscheinungen der Milchnährschäden Czerny-Kellers (Bilanzstörung Finkelsteins) überein. Verf. meint, daß der Eiweißnährschaden sich sekundär einer primären Stoffwechselstörung aufsetzt. Bekanntermaßen wirkt beim Milchnährschaden mit der Gesetzmäßigkeit eines Experimentes therapeutisch die Malzsuppe. Die Erfolge werden der Fettarmut und ihrem Kohlehydratreichtum zugeschrieben. Daß sie daneben auch arm an Eiweiß ist, wird fast immer vergessen. Diese Eiweißarmut kann unter Umständen die Heilung unterstützen. Schick.

Hans Bahrdt, Ernährungsversuche mit Friedenthalscher Milch. (Ebenda. 10. H. 2, 3 u. 4. 1914. S. 303.) Durch viele Monate dauernde Beobachtungen an 81 Kindern ergaben, daß die Friedenthalsche Milch geeignet ist zur Ernährung von Säuglingen, wo Frauenmilch fehlt. Sie verspricht wenigstens für Kinder in den Anstalten und für schwächliche, rekonvaleszente und häufigen Infektionen ausgesetzte Kinder bessere Erfolge als die einfachen Milchverdünnungen mit Kohlehydratzusatz. Die praktische Erfahrung und die experimentelle Untersuchung erweisen damit zugleich auch die Richtigkeit der theoretischen Forderung, daß der möglichst beste Ersatz der Frauenmilch nur durch eine möglichst vollkommene quantitativ-qualitative Nachahmung der Frauenmilch und ihrer lebenswichtigen Bestandteile gewonnen werden kann. Die Friedenthalsche Milch wird folgendermaßen hergestellt: 330 ccm Magermilch werden versetzt mit 660 ccm Wasser, 58 g Milchzucker, 1,8 g Molkereizusatzsalz (bezogen von Dr. Laboschin, Berlin NW, Levetzowstraße 23), dazu soviel Milchfett, daß die Mischung 4,5 % Fett enthält. Die mit Zucker, Salz und Wasser versetzte Magermilch wird dreimal durch die Zentrifuge gesandt zum Sterilisieren, dann pasteurisierter Rahm in genügender Menge zugesetzt. Die fertige Milch ist 40° C warm zu geben, ohne daß sie gekocht oder mit irgendwelchen Zusätzen versehen wird. Im Haushalt ist die fertige Milch kalt aufzubewahren. Der Molkereizusatz enthält:

2 Teile Chlorkalium
1 Teil Dikaliumphosphat
1 Teil Monokaliumphosphat.

(Von dem fehlenden K werden $^2/_4$ durch Chlorkalium, $^1/_4$ durch Dikaliumphosphat, $^1/_4$ durch Monokaliumphosphat ersetzt.) Schick.

Egon Rach, Zur Semiotik des Stridors bei Kinderkrankheiten. (Ebenda. 11. S. 1—13.) Nach Berücksichtigung der verschiedenen durch Stenose in den obersten Luftwegen bedingten Formen von Stridor (Nase, Pharynx, Larynx) bespricht Verf. die durch Röntgenbefunde charakterisierten endothorakalen Stridorformen, zu denen 1. der Stridor thymicus gehört. Er ist angeboren, inspiratorisch bei Tag und Nacht anhaltend. Das Stenosengeräusch ist röchelnd, meckernd oder glucksend. Über den Manubrium sterni läßt sich Dämpfung nachweisen. Röntgenbefund ergibt Verbreiterung des Mittelschattenhalses nach einer Seite (gewöhnlich links) oder beiderseits.

2. Exspiratorisches Keuchen bei Lungendrüsentuberkulose der Säuglinge, häufig verbunden mit klingendem Husten. Röntgenbefund ergibt Schattenbildung entsprechend der geschwollenen Drüse oder entsprechend den begleitenden Lungenveränderungen.

3. Bald ex- bald inspiratorischer Stridor bei hochsitzenden endothorakalen Senkungsabszessen. Klinisch ist die Spondylitis nachweisbar.

4. Stridor bei Asthma, exspiratorisch mit röchelndem Klang. Röntgenbefund ergibt Tiefstand des Zwerchfells.

Andere Stridorformen sind selten. Schick.

Werner v. Breunig, Über die Burnamsche und andere Formaldehydproben im Urin. (Ebenda. 11. S. 14—34.) Im Gegensatz zu Burnam findet Verf., daß die Formaldehydabspaltung aus Urotropin ein von den Nierenepithelien unabhängiger Prozeß ist. Sie erfolgt sowohl bei Erwachsenen als auch Kindern, vorausgesetzt, daß der urotropinhaltige Urin sauer ist und eine gewisse Zeit in der Blase zurückgehalten wird. Im alkalischen Urin erfolgt die Spaltung von Urotropin viel langsamer, und kleine Mengen können mit der Burnamschen Probe im alkalischen Harn nicht nachgewiesen werden. Der Nachweis gelingt aber mit einer etwas modifizierten Methode. Für therapeutische Zwecke ist von einer systematischen Alkalisierung des Urins während einer Urotropinkur Abstand zu nehmen.

Die Burnamsche Probe besteht darin, daß man zu 10 ccm der zu untersuchenden, etwas über 37° erwärmten Flüssigkeit 3 Tropfen einer 0,5%igen Phenylhydrazinhydrochloridlösung, 3 Tropfen einer 5%igen Nitroprunidnatriumlösung, hierauf einen Überschuß einer gesättigten wässerigen Natronlauge setzt. Ist Formaldehyd im Verhältnis 1 : 20000 vorhanden, so entsteht eine intensiv blaue Farbe, welche allmählich grün, nach ein paar Minuten braun wird. Lösungen geringerer Konzentration werden intensiv grün, dann braun; die Probe gelingt bis zu einer Verdünnung von 1 : 150000.

Eine ähnliche Reaktion wurde von Arnold und Mentzel angegeben.

Verf. modifizierte die Methode dahin, daß die 10 ccm der zu untersuchenden Flüssigkeit nicht erwärmt werden. Zusatz von Phenylhydrazinhydrochlorid bleibt gleich. Dagegen wird nur 1 Tropfen einer 5%igen Nitroprussidnatriumlösung (wegen Störung der Reaktion durch eventuell reichlicher vorhandenes Kreatinin) dazugegeben. Zu ungefähr 1 ccm dieser Mischung kommen 8—10 Tropfen einer konzentrierten Natronlauge. Ist die zu untersuchende Flüssigkeit alkalisch, dann muß sie unmittelbar vor der Nitroprussidnatriumzugabe mit Essigsäure angesäuert werden. Schick.

A. v. Kautz, Spontane Extremitätengangrän im Kindesalter. (Ebenda. 11. 1914. S. 35.) Zwei einschlägige Fälle. Der erste betrifft ein 3 Jahre altes Kind, das plötzlich unter Schmerzen und rasch nachfolgender Blaufärbung der Füße (bis über die Knöchel) erkrankte. Wenige Stunden später dunkelblaue Verfärbung der ergriffenen Partien. Es mußte nach einigen Tagen Amputation vorgenommen werden. Der zweite Fall war ein 4 Jahre alter Knabe, der wahrscheinlich im Anschluß an Masern unter ähnlichen Symptomen erkrankte. Verf. bespricht die verschiedenen Formen und Ätiologie der Erkrankung: Primäre oder sekundäre Arterienthrombose, embolischer Arterienverschluß, Endarteriitis obliterans, neurotische Angiosklerose. Schick.

M. Paunz, Beitrag zu den Komplikationen der Nebenhöhlenentzündungen der Nase bei Scharlach. (Ebenda. 30. S. 536ff.) Leichte akute Entzündungen der Highmors-Höhle und der Siebbeinzellen sind zweifellos beim Scharlach häufig. Solange daraus keine Komplikationen entstehen, sind sie harmlos und pflegen

der Diagnose zu entgehen. Sobald sich aber entzündliche Hautödeme, hochgradige Druckempfindlichkeit und hohes Fieber einstellen, sind solche Affektionen nicht mehr als ungefährlich zu betrachten. Die jeweils erkrankte Nebenhöhle hat ihr zugehöriges Ödem. Das Ödem am inneren Augenwinkel entspricht einer Erkrankung der Siebbeinzellen, weit nach oben bis über das Stirnbein sich erstreckendes Ödem weist auf die Stirnhöhle hin, Ödem des unteren Augenlides auf die Highmors-Höhle. Der weitere Verlauf führt zu subperiostalem Abszeß, eventuell zu Knochenfistel mit Sequestrierungen. Diese Perforationen können an den äußeren Wandungen der Nebenhöhlen sitzen oder auch an den der Schädelhöhle benachbarten Wandungen. In letzterem Falle kann es zum Bilde der Meningitis serosa oder zu Leptomening. supp. oder Thrombose des Sinus longitud. kommen. Die Prognose der Stirnhöhleneiterung ist im allgemeinen schlechter als die der Kieferhöhle und Siebbeinzellen, im ganzen ist sie aber bei rechtzeitig ausgeführtem operativen Eingriff gut. Die Operation erfolgt am besten von außen. Das Gelingen derselben manifestiert sich in raschem Fieberabfall. Husler (München).

H. Chiari (Straßburg), Ein Beitrag zur Kenntnis der sog. fötalen Erythroblastose, d. h. einer Form der angeborenen allgemeinen Wassersucht. (Ebenda. 30. S. 561ff.) Verf. spricht nur von der Form von angeborener allgemeiner Wassersucht, die 1910 von Schridde scharf umgrenzt wurde und bei der es sich um eine Stoffwechselanomalie des Fötus aus unbekannter Ursache handelt und die zu abnormer Blutbildung führt. Es sind meist Frühgeborene mit universellem Ödem, Leber- und Milzvergrößerung. In diesen sowie in anderen Organen, wie Nieren, Nebennieren, Lymphdrüsen, finden sich extramedulläre Blutbildungsherde. Auch im strömenden Blut enorme Mengen von Erythroblasten. Schridde faßte das Krankheitsbild auf als eine durch hochgradige Anämie bedingte reparatorische Hämatopoëse. Zur Abgrenzung des Krankheitsbildes von anderen schlägt Verf. die Bezeichnung „Erythroblastose“ nach Rautmann vor. Husler (München).

Karl Bayer, Zur Abkürzung der Heilungsdauer nach ausgedehnten Nekrotomien. (Ebenda. 30. S. 569ff.) Verf. tritt ein für die Esmarch-Neubersche Methode der Abtragung überschüssiger Seitenwände der Ladenmulde und Einschiebung der damit gewonnenen Haut-Periostlappen als das einfachste, reinlichste und am raschesten zum Ziele führende Verfahren. Husler (München).

H. Berlin, Zur Frage der bakteriologischen Diphtheriediagnose. (Aus dem Hygienischen Institut der Freien und Hansestadt Hamburg.) (D. m. W. 1915 Nr. 29.) 1. Die Färbung der Diphtherieoriginalausstriche nach Gins ist der Neisserschen Färbung nicht überlegen.

2. Die von Conradi angegebene Methode zur elektiven Züchtung von Diphtheriebazillen liefert bessere Resultate als der direkte Ausstrich auf Löfflerserum, wir fanden einen Unterschied von über 12% zugunsten des Conradischen Verfahrens.

3. An Stelle des teuren Pentans leistet das viel billigere Ligroin dieselben Dienste.

4. Das Verfahren ist jedoch zu umständlich und zeitraubend, um in einem größeren praktischen Betriebe eingeführt zu werden.

5. Reinkulturen von Diphtherie bzw. sterile Platten erhält man mit dem Conradischen Verfahren nur selten, in den meisten Fällen werden die Begleitbakterien nicht oder nur teilweise zurückgehalten.

6. Von Wichtigkeit ist die Untersuchung diphtherieverdächtiger Kulturen, die nach 24 Stunden negativ waren, nach weiteren 24 Stunden; sie liefert häufig noch positive Befunde. Grätzer.

S. Levy (Köln), Eine Malaria-Infektion in Köln. (Ebenda.)

Es handelt sich um den 6 Jahre alten Knaben A. W. Vater, Mutter und vier Geschwister sind gesund. Der Knabe ist früher nie krank gewesen. Die jetzige Krankheit besteht seit 14 Tagen. Einen Tag ist er gesund und munter, den anderen Tag ist er krank. An diesem Tage zwischen 10 und 11 Uhr morgens beginnt er plötzlich heftig zu zittern und zu frieren und sucht schleunigst das Bett auf; er fühlt sich matt und elend und verweigert jede Nahrungsaufnahme; dann tritt Fieber auf bis 41°; am Spätnachmittag erfolgt ein Schweißausbruch; hierauf schläft er ein und schläft bis zum Morgen durch; am anderen Tag fühlt er sich wieder wohl.

Die Untersuchung ergibt eine stark vergrößerte Milz. Das Blutpräparat zeigt den Malariaparasiten und die charakteristische Schüffnersche Tüpfelung der Erythrozyten.

Auf Chinin hörten sofort die Anfälle auf, die Milz schwoll ab, und im Blutbild waren nur noch wenige schwachgetüpfelte Erythrozyten sichtbar.

Auf welche Weise das Kind die Malaria akquiriert hat, ist nicht festzustellen. Vielleicht ist das Kind von einer Anophele gestochen worden, die durch irgendeinen Zufall von einem Malariaherd nach hier verschleppt worden ist.

Verf. hat nicht in Erfahrung bringen können, daß augenblicklich in Köln noch ein anderer Fall einer frischen Malaria-Infektion vorgekommen ist, auch wissen die Eltern nichts davon, daß das Kind mit einem Malariakranken in Berührung gekommen ist.

Das Kind hat das Weichbild Kölns nie verlassen. Grätzer.

H. Opitz, Antitoxinbestimmung bei Diphtheriekranken vor und nach Heilseruminjektionen, mit besonderer Berücksichtigung einiger Fälle mit relativ hohem Antikörpertiter. (Aus dem Kinderkrankenhause zu Bremen.) (Ebenda. 1915 Nr. 31.) Selbst ein Gehalt von 1 A.-E. pro 1 ccm Serum schützt nach vorliegenden Beobachtungen nicht immer vor einer Erkrankung an Diphtherie; dementsprechend ist bei der aktiven Immunisierung ein möglichst hoher Antitoxingehalt anzustreben.

Die Ausscheidung der passiv beigebrachten Schutzstoffe erfolgt unabhängig von Krankheitstag, Schwere der Erkrankung sowie Höhe der Serumdosis mehr oder weniger rasch im Laufe der auf die Injektion folgenden Wochen, ohne daß sich im allgemeinen eine aktive Antikörperbildung nachweisen läßt. (Diese Resultate decken sich mit denen Beyers.) Auch die Impfung mit dem neuen Behringschen Mittel scheint hierauf keinen Einfluß zu haben.

Dagegen zeigt sich bei gesunden Bazillenträgern und nach spontaner Überstehung von Rachendiphtherie ein sehr hoher Antikörpertiter.

Grätzer.



P. Schmidt, Ein Fall von intrauteriner Übertragung von Paratyphus. (Aus dem Hygien. Institut der Universität in Gießen.) (Ebenda.)

In der Universitäts-Frauenklinik wurde eine im 9. Monat schwangere, fiebernde Patientin eingeliefert, die angab, in einem Steinbruch beschäftigte russische Gefangene verpflegt zu haben und schon 2 Wochen krank gewesen zu sein. Da Verdacht auf Typhus bestand, wurde dem Hygienischen Institut sofort wie bei allen solchen Fällen ein Blutgallenbouillongemisch zur Untersuchung gesandt.

Nach etwa 12stündiger Bebrütung wurde die erste Probe auf eine Agarplatte verimpft, nach weiteren 8 Stunden konnte bereits mittels Agglutination im hängenden Tropfen die Diagnose Paratyphus B-Bazillen gestellt werden; das weitere Studium des Stammes bestätigte die Diagnose.

Bald darauf konnte der Nachweis von Paratyphusbazillen auch aus dem Kot geführt werden, wenn auch nur mit einer einzigen Kolonie auf Endoagar. Die bakteriologische Untersuchung der Milch der Frau fiel negativ aus.

Am Tage nach der Blutentnahme erfolgte die Geburt eines ausgetragenen, anscheinend völlig gesunden Kindes. An Plazenta und Nabelschnur, die besonders kontrolliert wurden, konnte keinerlei Veränderung konstatiert werden. Das Kind wurde der Universitäts-Kinderklinik zur weiteren Pflege übergeben.

Einen Tag nach der Geburt wurde dem Kinde ebenfalls Blut zur bakteriologischen Untersuchung entnommen, und zwar mittels Schröpfkopfes aus der Rückenhaut. Auch diesmal erfolgte eine Anreicherung in Gallebouillon. Gleichzeitig gelangte eine Stuhlprobe des Kindes zur Untersuchung. Aus dem Blutgallebouillongemisch konnten am nächsten Tag massenhaft Paratyphus B-Bazillen und Streptokokken gezüchtet werden.

Um die Möglichkeit auszuschließen, daß die Keime von der Haut in das Blut gelangt sein könnten, wurde nach besonders gründlicher Reinigung der Haut mit Alkohol und Äther nochmals Blut mittels Schröpfkopfes vom Rücken entnommen, ferner wurde eine Kontrollabschabung von der benachbarten Haut in Gallebouillon verimpft. Der Befund blieb bei dem Blutgallebouillongemisch der gleiche wie das erste Mal: massenhaft Paratyphusbazillen und Streptokokken. Die Kontrollanreicherung war negativ. Negativ fiel auch die Kotuntersuchung aus.

Am 4. Tage zeigte sich bei dem Kinde am Oberschenkel ein Erysipel, das bald auf den Rumpf überging; am 5. Tage starb das Kind, ohne daß klinisch besondere Krankheitssymptome vorgelegen hätten; vor allem bestand niemals Fiebertemperatur. Kurz vor dem Tode wurde nochmals Kot zur Untersuchung eingesandt; er zeigte jetzt reichlich Paratyphusbazillen.

Bei der Sektion konnte außer einer doppelseitigen pneumonischen Infiltration und vergrößerter Milz nichts Abnormes konstatiert werden. Die bakteriologische Untersuchung des Herzblutes (linkes Herz), der Galle, des Urins, des Milzsaftes ergab massenhaft Paratyphusbazillen. Die Gruber-Widalsche Serumreaktion auf Paratyphusbazillen war 1:50 völlig negativ.

Die Frage, ob es sich hier um eine intrauterine plazentare oder aber um eine Infektion intra partum beim Passieren des Gebärschlauches handelt, dürfte ohne weiteres im ersteren Sinne zu entscheiden sein. Es erscheint ausgeschlossen, daß eine eventuelle Infektion per os so schnell zu einer solchen Vermehrung im Blutkreislaufe geführt hätte, zumal der kindliche Kot anfangs frei von Bazillen war. Auch die Frage einer Infektion vom Fruchtwasser her läßt sich von vornherein als höchst unwahrscheinlich verneinen. Es bleibt nur die Möglichkeit einer plazentaren Infektion übrig, die zu einer vollständigen Überschwemmung des Blutes, also zu einer Paratyphus B-Sepsis, geführt hat. Dafür, daß diese Sepsis schon länger bestanden haben muß, spricht auch die ausgesprochene Vergrößerung der Milz. Auffällig bleibt, daß keine Spur einer Agglutination selbst der eigenen Paratyphus B-Bazillen vorhanden war. Auch das Blut der Mutter

hat kurz vor der Geburt des Kindes keine Agglutination mit Paratyphus gezeigt, während es acht Tage später deutlich Paratyphus B-Bazillen beeinflußte. Von besonderem Interesse ist dabei, daß der aus dem Darm gezüchtete Stamm bis zum Titer 400, der aus dem Blut gezüchtete dagegen bis 1600 deutlich agglutiniert wurde. Diesem auffälligen Unterschied des gleichen, zu verschiedenen Zeiten aus demselben Körper gezüchteten Paratyphus B-Bazillus in bezug auf die Titerhöhe mit dem gleichen Serum ist S. wiederholt schon begegnet.

Wie die Streptokokken in den kindlichen Kreislauf gelangt sind, muß unentschieden gelassen werden. Es ist Verf. am wahrscheinlichsten, daß sie auch im Blut der Mutter zirkuliert haben, aber nicht gefunden wurden, weil vielleicht gegenüber Paratyphusbazillen zu spärlich vorhanden.

Es erscheint an Hand dieses Falles angezeigt, bei der Geburt von Frauen mit unklarem Fieber auch an die Infektiosität aller Abgänge beim Geburtsakt, desgleichen auch an die Ansteckungsgefahr von seiten des Kindes zu denken. Zur schnellen Sicherung der Diagnose sei hier die Blutkultur, am besten doppelt, als Blutgallebouillonkultur und Blutagarkultur, angelegentlichst empfohlen. Bei sterilem Arbeiten liefert die Blutgallebouillonanreicherung bei weitem die besten Resultate, zudem auch die schnellsten. Grätzer.

Walter Enderle, Epidurale Injektion. (Aus der I. Inneren Abteilung des Auguste Viktoria-Krankenhauses Berlin-Schöneberg.) (Ebenda. 1915 Nr. 33.) Die für die Injektion bestimmte Eingangsöffnung ist der Hiatus sacralis, liegt am untersten Ende des Kreuzbeines und bildet den unteren Eingang in den Lumbalkanal; er hat die Form eines nach unten sich öffnenden Winkels in der Form eines lateinischen V; der Schnittpunkt der beiden Schenkel wird gebildet von dem letzten Ausläufer der Crista sacralis media, die Schenkel selbst werden gebildet von den Cornua sacralia, die mit den tiefergelegenen Cornua coccygea sich zu richtigen Cristae ausbilden können. Überdeckt ist das Ganze von dem Ligamentum sacrococcygeum posterius superficiale. Praktisch erkennbar ist der Eingang an den Cornua sacralia, die sich bei jedem Menschen als mehr oder weniger deutliche Höcker etwa $^1/_2$ cm zu beiden Seiten der Mittellinie abheben und mit dem auch schon erwähnten Ausläufer der Crista sacralis ein gleichschenkeliges Dreieck bilden, in dessen Mittelpunkt eingestochen werden muß. Tastet man die Dornfortsätze entlang nach unten, so ist die Exkavation, deren Begrenzung oben genau angegeben ist, ohne weiteres distal vom letzten Dornfortsatz zu fühlen, sehr häufig fühlt man sogar bei direkt senkrechtem Druck und mageren Individuen ein elastisches Federn des wie ein Dach über den Hiatus ausgespannten Ligaments. Warnen möchte Verf. vor einer anderen Methode der Orientierung, die auch verschiedentlich empfohlen wurde: „von dem Ende der Analfalte 2 cm nach oben zu gehen und dann die beiden Höcker abzutasten“, und zwar aus folgendem Grunde: Tastet man von unten nach oben, so wird man im Anfang leicht die Cornua coccygea für die Cornua sacralia halten, zu tief einstechen und dadurch den Ein-

gang verfehlen, ein Mißgriff, den Verf. schon öfters zu beobachten Gelegenheit hatte.

Als Instrumentarium verwendet Verf. ausnahmslos eine Lumbalnadel, der eine 10 ccm-Rekordspritze gut aufgepaßt ist.

Verf. verwendet für die Injektion jetzt ausnahmslos gewöhnliche physiologische Kochsalzlösung und erreichte damit in 90% der Fälle den gewünschten Effekt. Was die Lagerung des Patienten anbelangt, so zieht er die Knieellbogenlage mit stark durchgedrücktem Kreuz der Simsschen Seitenlage, die auch verschiedentlich empfohlen wurde, vor.

Bei der Injektion selbst geht man so vor, daß man den Patienten in obiger Stellung lagert, die Injektionsstelle aufsucht, in einem Winkel von 45° etwa einsticht, bis man durch das Ligament hindurch ist, was man am verminderten Widerstand merkt, die Nadel um die Hälfte des Winkels senkt, soweit als möglich verschiebt (gewöhnlich sind es 4—6 cm) und die Lösung langsam, körperwarm injiziert. Was die Menge anlangt, so nahm Verf. früher immer nur 10 ccm, nimmt jetzt meist die doppelte Menge (bei schwächeren Frauen etwas weniger, bei Kindern je nach Alter nicht über 10 ccm). Die Wirkung ist sicherer; das manchmal bei der größeren Menge infolge intraduraler Druckerhöhung auftretende Kopfweh verschwindet nach kurzer Zeit. Nach der Injektion absolute Ruhe für ein bis zwei Tage.

Indiziert ist die Injektion bei alten, rezidivierenden, den üblichen Behandlungsmethoden trotzenden Ischiasfällen, zu empfehlen und die Therapie der Wahl bei allen neuralgischen Anfällen im Bereich der unteren Extremitäten ohne Vernachlässigung der übrigen therapeutischen Hilfsmittel, ernstlich eines Versuches wert bei gastrischen Krisen, bei Enuresis der Kinder, überhaupt bei funktionellen Störungen des Urogenitalapparates. Grätzer.

H. Sachs, Über den Einfluß der Milch und ihrer Antikörper auf die Wirkung hämolytischer Toxine. (Aus dem Königl. Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt am Main.) (B. kl. W. 1915 Nr. 29.) Aus den vorliegenden Versuchen ergibt sich, abgesehen von den neuen Wegen biologischer Unterscheidung zwischen roher und gekochter Milch (durch Cobragift sowie durch Arachnolysin in vitro und in vivo), die neuartige Erscheinung, daß es durch eine antizellulär gerichtete Antikörperwirkung (Laktoserum) gelingt, die Empfindlichkeit der Zelle gegenüber einem Toxin erheblich zu vermindern. Grätzer.

R. Behla, Die Säuglingssterblichkeit in Preußen während der Sommermonate Juli, August und September 1914. (Ebenda.) Bei Gegenüberstellung der Altersklassen in dem dritten Vierteljahre 1913 und 1914 sehen wir leider bei den Säuglingen eine bedeutende Zunahme, denn 50884 Gestorbenen im Vorjahre stehen 70896 im Jahre 1914 gegenüber, also 20012 mehr. Speziell in Berlin 464 mehr; auf 1000 Lebendgeborene berechnet, stieg die Mortalitätsziffer bei den Säuglingen von 170,58 im 3. Vierteljahre 1913 auf

242,52 im Jahre 1914, speziell in Berlin von 139,57 auf 205,12. Dies veranschaulicht folgende Übersicht:

Es starben in Preußen 1914 im 3. Vierteljahre im 1. Lebensjahre:

		Staat		Berlin	
		überhaupt	auf 1000 Lebendgeborene	überhaupt	auf 1000 Lebendgeborene
	1914	70896	242,52	1883	205,12
	1913	50884	170,58	1419	139,57
mehr	1914	20012		mehr 464	

Schon auf der außerordentlichen Tagung der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz in Berlin am 13. März 1915 wurde auf diese Tatsache des Ansteigens der Säuglingssterblichkeit im Kriegsjahre für eine Reihe von Großstädten aufmerksam gemacht, jetzt nach amtlich geschehener Auszählung in Preußen ersehen wir dieses nicht unbeträchtliche Steigen für den ganzen Staat. Wenn auch die Ursachen dieser Erscheinung zweifellos mit der plötzlichen Verschlechterung der wirtschaftlichen Verhältnisse und ihren Nachteilen für die Pflege und Ernährung des Säuglings in Beziehung zu bringen sind, so ist nach der Ansicht des Verf. dies nur teilweise der Fall; in der Hauptsache ist an dem beobachteten Sommergipfel die Hitze beteiligt. Es zeigt sich von neuem, daß wir gegen diese dadurch verursachten Gefahren noch nicht hinlänglich gerüstet sind und die bisher ergriffenen Maßregeln nicht genügen. Die durch die Hitze an und für sich verursachten Todesfälle (Hitzschlag usw.) bilden jedoch verhältnismäßig nur eine geringe Quote, die weitaus größte Schuld ist den mit der Hitze zusammenhängenden anderen Faktoren zuzuschieben, vor allem den Verdauungsstörungen.

Es starben an Krankheiten der Verdauungsorgane:

		Staat		Berlin	
		überhaupt	darunter Brechdurchfall	überhaupt	darunter Brechdurchfall
	1914	43745	19261	1466	371
	1913	27487	9629	949	180
mehr	1914	16258	9632	517	191

In weit grellerem Maße trat diese Erscheinung in dem durch enorme Hitze sich auszeichnenden Jahr 1911 hervor. Damals starben Säuglinge im Staat 93900 zum Vorjahre 1910 56758, in Berlin 2884 zu 2002 im Jahre 1910. Auch damals starben Säuglinge an Verdauungsorganen im Staat 1911 = 66389 (1910 = 29839), in Berlin 1911 = 2315 (1910 = 1375). Die Todesursachen an Verdauungskrankheiten bzw. Brechdurchfall spielen danach in den Hitzevierteljahren eine überaus große Rolle. Es kann also das Ansteigen im ersten Kriegsvierteljahr nicht lediglich als Kriegswirkung angesehen werden; den Medizinalstatistiker, der jahraus jahrein seine Kurven zieht, darf es nicht wundernehmen, wenn sich die Kurve der Säuglingssterblichkeit auch diesmal (1914) wieder sehr erhöht hat. Bis jetzt wenigstens kann von einer jedes Jahr immer mehr stufig abnehmenden Säuglingssterblichkeit nicht gesprochen und ein plötzliches Ansteigen nicht etwa als ein Nachlassen unserer sanitären Bemühungen

betrachtet werden. Verf. führt zum Beweis die Relativzahlen der im 3. Vierteljahr gestorbenen Säuglinge für Preußen seit 1908 hier an:

1908 = 222,07	1912 = 167,70
1909 = 184,82	1913 = 170,58
1910 = 184,65	1914 = 242,52
1911 = 311,70	

Wir können daraus sofort einen Rückschluß auf die Hitzejahre machen. Müssen wir aber diese Erscheinung der Sommergipfel als etwas Unvermeidbares hinnehmen? Nein, es wird mehr als bisher unsere Aufgabe sein, die verschiedenen Ursachen zu erforschen und die Hand anzulegen, wo wir prophylaktisch eingreifen können, namentlich in der Besserung der Ernährung und Pflege, der Wohnungsverhältnisse usw. während der heißen Sommermonate, um so mehr, als angesichts des tatsächlichen Geburtenrückganges es im Interesse der Bevölkerungsbewegung liegt, die Säuglinge zu erhalten.

Grätzer.

Thiele (Chemnitz), Der Einfluß von Krankheiten, insbesondere der Tuberkulose, auf das Wachstum und den Ernährungszustand der Schulkinder. (Ebenda. 1915 Nr. 36.) Verf. hat von je 1000 Kindern, die die Chemnitzer Volksschule durchlaufen haben, aus den hier für jedes einzelne Schulkind durch die ganze Schulzeit hindurch geführten Gesundheitsscheinen die Längenmaß- und Körpergewichtszahlen von drei Schuljahren entnommen und aus ihnen die Durchschnittszahlen berechnet. Es wurde darauf geachtet, daß nur gesunde Kinder ausgewählt wurden; Kinder mit auffallenden Körperfehlern (Wirbelsäulenverkrümmungen usw.) wurden ausgeschieden. Es handelt sich also nur um Großstadtkinder der einfachen Volksschulen; damit ist auch die Gleichheit des Herkommens, der Ernährung, der sozialen Lage gewährleistet. Es sind folgende Zahlen gefunden:

Knaben:	1. Schuljahr	(6 Jahre alt)	109,0 cm	—	18,9 kg
	4. „	(9 „ „)	125,3 „	—	24,5 „
	8. „	(13 „ „)	143,0 „	—	34,5 „
Mädchen:	1. „	(6 „ „)	109,0 „	—	18,75 „
	4. „	(9 „ „)	127,0 „	—	24,25 „
	8. „	(13 „ „)	140,0 „	—	36,25 „

Danach kommen die Knaben durchschnittlich gleich groß und schwer wie die Mädchen zur Schule. Die Mädchen sind in der Mitte der Schulzeit etwas schneller gewachsen als die Knaben; an Körpergewicht sind beide Geschlechter fast gleich geblieben. Mit 13 Jahren sind die Knaben wieder den Mädchen voraus, die wieder bei geringerer Größe eine größere Fülle aufweisen (Beginn der Reifung).

Haben nun Krankheitszustände auf diese Verhältnisse einen sichtlichen Einfluß?

Man hört sehr viel von einer besonderen Krankheit, die der Schule ihre Entstehung verdanken soll, der sogenannten Blutarmut. Erst neuerdings hat man versucht, durch Blutuntersuchungen die Tatsächlichkeit dieser Schulkrankheit festzustellen. Die Untersuchungen (Lehrer Meyrich, Leipzig) sind noch nicht abgeschlossen. Im allgemeinen rechnet man zu diesen Kindern die im Gesicht auf-

fallend blassen Kinder mit Blässe der sichtbaren Schleimhäute ohne wesentliche sonstige Krankheitszeichen, wie Herzgeräusche, Nonnensausen usw. Sie sind bei beiden Geschlechtern ziemlich gleichmäßig verteilt. Ihre Durchschnittszahlen für Länge und Gewicht sind nach den Berechnungen des Verf. an je 500 Kindern folgende:

Knaben:	1.	Schuljahr	(6	Jahre	alt)	109,0 cm	— 18,5	kg
	4.	„	(9	„	„)	124,0 „	— 25,5	„
	8.	„	(13	„	„)	143,0 „	— 33,2	„
Mädchen:	1.	„	(6	„	„)	107,0 „	— 18,75	„
	4.	„	(9	„	„)	125,7 „	— 24,5	„
	8.	„	(13	„	„)	145,0 „	— 37,4	„

Wir sehen bei den Knaben wenig Unterschied gegen die Zahlen der Gesunden, bei den Mädchen einen etwas auffallenderen, der vielleicht darauf zurückzuführen ist, daß die Blutzusammensetzung und deren Veränderung bei den der Reifezeit zuwachsenden Mädchen von größerer Bedeutung und entscheidenderem Einfluß auf die Körperlichkeit ist als die der Knaben. Im allgemeinen hat also die „Blutarmut“ keine ernste Bedeutung.

Als die bedeutungsvollste Erkrankung der Jugendzeit stellt sich immer mehr und mehr die Tuberkulose heraus. Ist hier ein ausschlaggebender Einfluß auf das Wachstum und den Ernährungszustand der Schulkinder festzustellen?

Die Zahlen sind nach den Berechnungen des Verf. bei je 300 tuberkulösen (d. h. tuberkulosegefährdeten und tuberkulösen) Kindern folgende:

Knaben:	1.	Schuljahr	(6	Jahre	alt)	107,0 cm	— 17,7	kg
	4.	„	(9	„	„)	121,0 „	— 22,7	„
	8.	„	(13	„	„)	138,0 „	— 31,8	„
Mädchen:	1.	„	(6	„	„)	107,0 „	— 17,0	„
	4.	„	(9	„	„)	123,0 „	— 23,4	„
	8.	„	(13	„	„)	144,0 „	— 35,0	„

Wir sehen: Die Kinder kommen mit verhältnismäßig geringerem Körpergewicht zur Schule, die Knaben auch etwas kleiner; bei den Knaben sehen wir dann ein auffallendes Zurückbleiben von Größe und Gewicht durch die ganze Schule hindurch. Auch bei den Mädchen ist ein Zurückbleiben bis in die Mitte der Schulzeit ersichtlich, dann jedoch beginnt gerade bei ihnen ein schnelleres Wachstum, ohne daß das Körpergewicht des Gesunden erreicht wird. Das heißt, hier entwickelt sich der typische phthisische Habitus, der sich somit als eine Begleiterscheinung der Reifungsperiode, der Pubertät, entpuppt, die bekanntlich beim Knaben wesentlich später einsetzt als beim Mädchen. Die Richtigkeit dieser Annahme würde sich durch ähnliche Untersuchungen an Fortbildungsschülern, dem klassischen Alter der beginnenden schweren Tuberkulose, erweisen lassen.

Die Tuberkulose schädigt also den kindlichen Körper im Kern, eine Tatsache, die wir längst kennen, die aber auch auf diesem Wege festgestellt zu haben, vielleicht nicht ohne Interesse gewesen ist.

Grätzer.

F. Böhme, Enuresis und ähnliche Blasenstörungen im Felde. (M. m. W. 1915 Nr. 21, Feldärztl. Beil.) Die hier veröffentlichten Fälle von plötzlich aufgetretener echter Enuresis bei Soldaten

im Felde betreffen meist Individuen, die in der Kindheit an Enuresis nocturna gelitten haben. Sie haben ferner das Gemeinsame, daß ein unmittelbarer Zusammenhang mit intensiver Kälteeinwirkung festgestellt werden kann, so daß man annehmen muß, daß intensive äußere Reize, insbesondere Kältereize, unter bestimmten Verhältnissen eine im Kindesalter vorhanden gewesene Enuresis wieder auszulösen vermögen. Diese Fälle sind so geeignet, auf manche Fragen nach der Ätiologie der Enuresis eine Antwort zu geben. Grätzer.

G. Liebe (Elgershausen), Ein wanderndes Roßhaar. (Ebenda.) Die Tochter des Verf. empfand in ihrem 17. Jahre an der Außenseite der rechten großen Zehe einen sich allmählich steigernden Schmerz und sah als dessen Ursache einen kleinen schwarzen Splitter in der Tiefe, von dem sie annahm, daß er sich mit einer Nadel würde entfernen lassen. Sie konnte ihn fassen, aber der „Splitter" entpuppte sich als ein mindestens 20 cm langes Roßhaar.

Als Kind ritt sie gern auf einem Schaukelpferd mit natürlicher Mähne und muß da wohl einmal ein ausfallendes Haar in den Mund genommen und verschluckt haben. Es hat die Wanderung durch den Körper gemacht, wie man sie von Nadeln kennt. Grätzer.

Herbert Koch, Die Tuberkulinbehandlung im Kindesalter. (Aus der k. k. Universitäts-Kinderklinik in Wien.) (Edenda. 1915 Nr. 27.) Die in der Universitäts-Kinderklinik in Wien geübte Tuberkulinkur besteht in der Injektion von Alttuberkulin, zweimal wöchentlich subkutan an immer neuer Hautstelle injiziert, und zwar Dosen von 1 μg bis 1000 μg (0,001 mg bis 1 mg) in 10 ccm physiologischer Kochsalzlösung.

Die Steigerung der Dosen wurde in geometrischer Progression vorgenommen, und zwar so, daß eine rasche, mittelrasche und langsame Durchführung der Kur möglich war.

Die auf die Injektionen von Tuberkulin folgenden Reaktionen waren relativ selten und bis auf Ausnahmen ohne eine schädliche Wirkung.

Die Ergebnisse waren größtenteils gute. Nur in Fällen von schweren phthisischen Prozessen in der Lunge, dann in Fällen, die außerordentlich heftig auf Tuberkulin reagierten (Skrofulose, Hauttuberkulose, Pleuritis), waren keine guten Resultate zu erzielen. In je einem Fall von multipler Drüsentuberkulose und Säuglingstuberkulose wurde der Verlauf der Erkrankung nicht beeinflußt.

Bei allen anderen Formen der tuberkulösen Erkrankung war ein guter Einfluß auf den Allgemeinzustand und die lokalen tuberkulösen Prozesse zu konstatieren.

Als Kontraindikation für die spezifische Behandlung gelten schwere phthisische Prozesse der Lungen, Amyloidose der parenchymatösen Organe, Fälle mit sehr starker Reaktion auf Tuberkulin, miliare Tuberkulose und Meningitis tuberculosa.

Die guten Erfahrungen, die man bei der spezifischen Behandlung der kindlichen Tuberkulose machte, berechtigen uns, einer ausgedehnten Verwendung des Tuberkulins das Wort zu reden.

Grätzer.



Cl. Hörhammer, Über isolierte subkutane Trachealrupturen. (Aus der chirurg. Klinik in Leipzig.) (Ebenda.)

Am 4. September 1914 wurde in die Leipziger chirurgische Klinik ein 11jähriger Knabe eingeliefert mit der Angabe, daß er sich beim Stabspringen die Stange in die linke Halsseite gestoßen habe und seitdem etwas Schmerzen am Halse empfinde. Es sei auch bald eine Schwellung an der linken Halsseite bemerkbar geworden, die sich nach dem Gesicht hin ausdehnte. Die Aufnahme des Knaben erfolgte ein paar Stunden nach der Verletzung. Bei der Untersuchung sah man an dem gesunden, kräftigen Knaben äußerlich nicht die geringste Spur von einer Verletzung am Halse, nicht einmal oberflächliche Hautabschürfungen, keine subkutanen Blutungen, keine durchschimmernden Sugillationen aus der Tiefe waren sichtbar. Die linke Gesichtshälfte und die linke Halsseite waren gleichmäßig schwammig aufgetrieben, ohne Rötung. Die Augenlider waren ödematös, ähnlich wie bei Bienenstichen. Bei der Palpation merkte man sofort das typische Knistern des subkutanen Emphysems. Auf Druck war die linke Halsseite in der Gegend unterhalb der Schilddrüse leicht schmerzhaft. Es bestand keine Zyanose, keine Atembeschwerden und im allgemeinen sehr gutes Befinden, nur beim Liegen wurde die Atmung erschwert.

Die Diagnose einer subkutanen Ruptur der Luftwege war infolgedessen nicht weiter schwierig, und es wurde wegen des allgemeinen günstigen Zustandes der Versuch gemacht, mittels eines Tupfers eine Kompression auf die linke Halsseite auszuüben, um den Austritt von Luft hintanzuhalten. Der Knabe befand sich dabei auch wohl und hatte keine besonderen Beschwerden über Nacht. Das Emphysem nahm jedoch bis zum Morgen in bedrohlicher Weise zu und breitete sich weithin über den ganzen Rumpf bis in die Oberschenkel und in das Skrotum aus. Der Kopf war ballonförmig aufgetrieben, das Öffnen der Augenlider war unmöglich. Der ganze Thorax fühlte sich wie ein schwammiges Luftkissen an. Schwere Atemnot bestand aber immerhin noch nicht, nur wurde jetzt auch beim Sitzen das Luftholen schwieriger als am Tage vorher. Eine ganz leichte Zyanose war angedeutet.

Wegen der Zunahme des Hautemphysems und wegen der Gefahr des mediastinalen Emphysems war ein operativer Eingriff unbedingt nötig.

Verf. legte in Lokalanästhesie durch einen Medianschnitt die Trachea vom unteren Rande des Schilddrüsenisthmus bis zum Jugulum frei. Man hörte beim Freipräparieren der Trachea seitlich links die Luft mit lautem Blasen entweichen, und man sah unterhalb des Schilddrüsenlappens an der Ansatzstelle der Pars membranacea an die Trachealringe einen 4 cm langen klaffenden Längsriß. Die ganze Umgebung war von Emphysem durchsetzt, aber es fand sich nirgends eine Spur von Blutaustritt oder Zertrümmerung von Gewebe. Der Trachealriß wurde durch mehrere Katgutnähte sofort vollkommen verschlossen und ein Jodoformdocht eingelegt. Die Haut wurde bis auf eine kurze Strecke zur Herausleitung des Gazestreifens vernäht. Es entwich keine Luft mehr durch den genähten Trachealriß. Zur rascheren Beseitigung des Emphysems wurden im Gesicht, an der Brust und am Bauche an verschiedenen Stellen mit einer mitteldicken Kanüle Einstiche gemacht, und es gelang auch, einen großen Teil des Emphysems auf diese Weise zu entleeren, besonders gelang es, die Augenlider völlig zu befreien, so daß der Knabe wieder unbehindert sehen konnte.

Nach ein paar Tagen schon war das übrige Emphysem bedeutend zurückgegangen und das Allgemeinbefinden ein ausgezeichnetes.

Am 9. September ist der Patient wieder aufgestanden. Die Wunde heilte reaktionslos. Der Tampon wurde vor ein paar Tagen entfernt.

Am 21. September wurde der Patient völlig geheilt entlassen.

Die meisten subkutanen Verletzungen der Trachea erfolgen durch Überfahrungen am Halse oder an den oberen Thoraxpartien oder durch Schlag oder Fall des ausgestreckten Halses auf einen scharfen Gegenstand oder auch durch schwere seitliche Kompression.

Wie die zahlreichen experimentellen Untersuchungen von Andres bewiesen haben, bedarf es fast ausschließlich eines sehr heftigen Traumas, um eine Ruptur der Trachea erzeugen zu können. Dabei

kann direkt an Ort und Stelle der einwirkenden Gewalt die Zertrümmerung der Luftröhre erfolgen oder indirekt durch Zug an einer entfernten Stelle. Bei den direkten Verletzungen handelt es sich meistens um Querrupturen der Trachea mit oder ohne Verletzung des Kehlkopfes. Bei letzterem Modus rupturiert die Trachea ähnlich wie der Darm am häufigsten an den Fixationspunkten, also an den Ansatzstellen der Cartilago cricoidea, am Kehlkopfe und an der Bifurkation. Es sind an dieser Stelle totale Abreißungen der Luftröhre beobachtet worden. Sehr viel seltener sind Abreißungen einzelner Luftröhrenringe an den fibrösen Zwischenknorpelmembranen.

Eine ganz eigene Gruppe bilden diejenigen Gewalteinwirkungen auf die Trachea, bei welchen zugleich eine Erhöhung des intratrachealen Druckes stattfindet und dadurch eine Ruptur der Trachea erzeugt wird. Es ist dies der weitaus seltenste Modus, was ja leicht verständlich ist, da durch das Öffnen des Mundes jederzeit die Druckverhältnisse in der Trachea geregelt werden können. Grätzer.

Eggebrecht, Pockenschutzimpfung und Diphtherieheilserum. (Ebenda. Feldärztl. Beil.)

Der 28jährige, kräftige Unteroffizier K. ist am 4. August 1914 und, da erfolglos, am 6. Oktober 1914 nochmals mit Kalbslymphe an derselben Stelle des linken Oberarmes revakziniert. Er gibt an, daß sich damals nur die gewöhnliche Wundschnittrötung ohne Reaktion gezeigt habe. Nachher seien die Schnittstellen vollkommen unsichtbar geworden und verschwunden, wofür auch das Fehlen von Impfnarben spricht.

Am 27. Februar 1915 erkrankte er nach einigen Tagen allgemeinen Unbehagens mit Frost und 39° Fieber an einer diphtherieähnlichen Mandelentzündung, bei der sich ein schmieriger, festhaftender Belag auf den Mandeln, Halsdrüsenschwellung, Schluckschmerzen usw. einstellen. Dem behandelnden Feldunterarzt erscheint die Einspritzung von 1000 I.-E. Höchster Diphtherieheilserum unter die Haut angezeigt, obgleich aus äußeren Gründen die bakteriologische Untersuchung des Mandelbelages unterbleibt.

Am 28. Februar wird der Belag abgestoßen; der Kranke fühlt sich wesentlich besser; die Temperatur ist morgens 36,7° und abends 37,0°. Albuminurie ist nicht vorhanden.

Am 1. März, dem 3. Krankheitstage, tritt nun „neues Leben" in der Pockenimpfstelle des linken Oberarmes auf, und zwar Rötung und lebhafter Juckreiz an drei von den vier alten, bis dahin unsichtbaren, etwa 1 cm langen Impfschnitten. Es kommt zur Bildung kleiner, hirsekorngroßer Knötchen und bräunlichen Schüppchen auf ihnen.

Am 2. und 3. März ist Stillstand dieser Reaktion eingetreten; zur Pustelbildung kommt es nicht. Vom 5. März an ist die Rückbildung der Impfknötchen bemerkbar; noch am 19. März ist die Rötung und Verdickung nicht gänzlich verschwunden; an zweien ist sie angedeutet, an einem Impfschnitt noch deutlich ausgesprochen. Eine Area hatte sich nicht ausgebildet, desgleichen nicht Anschwellung der benachbarten Lymphdrüsen, wie auch das Allgemeinbefinden seit dem 1. März völlig ungestört blieb.

Es handelt sich also um eine zwar rudimentäre, aber doch sicher spezifische und charakteristische Impfspätreaktion von nicht einmal kurzfristiger Dauer an den 4 Monate alten Impfstellen.

Was bedeutet diese Erscheinung, die keineswegs eine „banale Wundreaktion" ist? Vor allem lehrt der Vorgang, daß die alten Impfschnitte kein einfach totes Narbengewebe darstellen; sie enthalten das 4 Monate ruhende, vielleicht abgeschwächte, keinesfalls abgetötete Impfpockenvirus. Es hat also ein wahrer Latenzzustand der Vakzination bestanden.



Schwieriger ist es, die Ursache für die Beendigung dieses Latenzstadiums zu finden. Handelt es sich um Erhöhung der Virulenz des Impfvirus oder um Verminderung und Erlöschen des früher vorhandenen Impfimmunitätsgrades? Daß in einem mehr oder weniger geschwächten Körper die Reaktionsfähigkeit des Hautorganes durch die Toxine einer leider bakteriologisch unklar gebliebenen Tonsillitis oder durch die kleine Dosis des einverleibten Diphtherieheilserums allergisch verändert worden sei, ist nicht auszuschließen. Man denke an Verschlimmerungen eines tuberkulösen Herdes durch den Einfluß einer anderen Erkrankung, etwa einer Influenza, eines Typhus oder einer akuten oder mehr chronischen Infektion. Hierher gehört vielleicht auch das Wiederauftreten der Malaria unter Zustandsänderungen des Körpers infolge klimatischer, infektiöser oder sonstiger Einflüsse.

Der an sich geringfügige Vorgang fordert geradezu die Untersuchung frischer und älterer Impfstellen und -narben heraus auf Gehalt und Virulenz eingeschlossener Keime, die besonders bei Pockenlymphe ja ohne besondere Schwierigkeit tierexperimentell und mikroskopisch durchgeführt werden kann. Grätzer.

L. R. v. Korczynski, Beiträge zur Klinik infantiler Hypothyreose. (Aus der Internen Abteilung des Landesspitals Sarajewo.) (M. Kl. 1915 Nr. 31 u. 32.) Verf. schildert eingehend einen sehr interessanten Fall.

Die Erfolge der Therapie waren sowohl in ihren Beziehungen zur Blutbildung wie auch zur geistigen und körperlichen Entwicklung nicht lediglich auf Rechnung der Thyreoidinbehandlung zu setzen. Aus der mehrmonatigen Beobachtung konnte der Eindruck gewonnen werden, daß eine entschiedene Besserung des Zustandes erst von diesem Zeitpunkt an in Fluß geraten ist, in welchem neben Substitutionstherapie energische antiluetische Kur eingesetzt hat. Diese Feststellung dürfte von gewisser Bedeutung erscheinen.

Für die Schädigung der Schilddrüse und für darauffolgendes Myxödem der Erwachsenen wurde in manchen Fällen Syphilis verantwortlich gemacht.

Obige Beobachtung ist nun geeignet, zu zeigen, daß syphilitischer Infekt — es dürfte sich wohl vorerst um hereditäre Lues handeln — auch für infantile Hypothyreose in Betracht gezogen werden könnte. Zugunsten dieser Auffassung spricht die auf syphilitische Infektion des Vaters hinweisende Mitteilung des Arztes, der positive Ausfall der Wa.-R. und die Erfolge der kombinierten Behandlung, die sowohl dem Schilddrüsenausfalle wie auch der Syphilis Rechnung getragen hat. Grätzer.

Erich Klose, Über den Mehlnährschaden. (Aus der Königl. Universitäts-Kinderklinik zu Greifswald.) (Ebenda. 1915 Nr. 32.) Verf. gibt eine kurze Schilderung der drei Typen des Mehlschadens: der atrophischen Form, die sich kaum von anderen schweren chronischen Ernährungsstörungen unterscheidet, der hydrämischen Form, bei der die Säuglinge scheinbar ein recht gutes Aussehen haben, aber bei näherem Zusehen den „pastösen Habitus" aufweisen und von einer Verwässerung des Körpers befallen sind, die sich bis zum alimentären

Ödem steigern kann, und endlich der seltensten Form: der hypertonischen, bei der eigentümliche funktionelle Spannungszustände der Muskulatur auftreten, namentlich der Beugemuskeln der Extremitäten, so daß es bis zu Zwangshaltungen kommen kann und bei Übergang auf Rumpf- und Nackenmuskeln Opisthotonus entsteht. Grätzer.

L. Langstein, Die Behandlung des Brechdurchfalls und der ruhrartigen Erkrankungen im Säuglingsalter. (Ther. Mh., August 1915.) Behandlung des Brechdurchfalls. Als erstes ist für sämtliche Säuglinge mit schwerem Brechdurchfall (das Synonym von heute heißt Intoxikation) in relativ gutem Ernährungszustand 24stündiger, für atrophische 12—16stündiger Hunger unter ausreichender Wasserzufuhr geboten. Ob Tee oder abgekochtes Wasser gegeben wird, bleibt sich gleich. Gegen das Eiweißwasser, das sich früher recht großer Beliebtheit erfreute, sind in letzter Zeit Bedenken erhoben worden, deren Stichhaltigkeit allerdings nicht erwiesen ist. Die Wasserzufuhr per os genügt bei Kindern mit hochgradiger Austrocknung gewöhnlich nicht. Kochsalzinfusionen, Rektalinstallationen mit Ringerscher Lösung müssen sie unterstützen. Für das geschwächte Herz empfiehlt Verf. an erster Stelle Koffein (Coffein. natriobenz. [1 : 10] 3mal täglich eine halbe bis eine ganze Spritze; Oleum camphoratum 2—3mal täglich eine Spritze; per os: Tinctura strophanti [Tinct. strophanti 1, aqua 100, 2—3stündlich einen Teelöffel]). Kommen die Kinder mit schwerem Kollaps in Behandlung, dann wirkt ein Senfbad oft außerordentlich günstig auf den Allgemeinzustand ein. Verändern die Kinder in diesem die Farbe nicht, dann ist die Prognose trübe. Kinder, deren Haut sich lebhaft rötet, sind gewöhnlich zu retten. Nach 12-, längstens 24stündiger ausschließlicher Wasserzufuhr — das Hungern durch 2—3 Tage hintereinander, das früher mancherorts üblich war, ist kontraindiziert — beginnt man die Kinder wieder zu ernähren. Die Ernährung hat auch dann wieder einzusetzen, wenn keine vollständige Entgiftung, d. h. keine vollständige Wiederkehr des Bewußtseins, eingetreten ist. Für intoxiierte Kinder in den ersten Lebenswochen ist, wenn überhaupt, eine Rettung nur durch Frauenmilch möglich. Bei Säuglingen nach dem ersten Lebensquartal ist eine Heilung auch durch eine andere diätetische Maßnahme möglich: durch Anwendung einer streng gärungswidrigen Diät. An erster Stelle steht hier die Eiweißmilch. Bei Kindern nach dem 6. Lebensmonat, unter der Voraussetzung, daß ihr Ernährungszustand vor der schweren Erkrankung kein zu reduzierter war, zieht Verf. — im Falle er die Wahl zwischen Frauenmilch und Eiweißmilch hat — letztere vor. Wenn er von Eiweißmilch spricht, meint er damit sowohl die Original-Eiweißmilch von Finkelstein-Meyer als auch die Larosanmilch von Stoeltzner. Man beginnt mit der Darreichung kleiner Mengen von Eiweißmilch unter Zusatz von 3% des Maltosedextringemisches (z. B. Soxhlets Nährzucker, Löflunds Nährmaltose). Man darf zunächst nicht mehr als 10mal 5 g pro Tag geben. Bei 50 g Gesamtnahrung soll man nur 24 Stunden bleiben und dann in beherzter Weise die Nahrung um täglich 50 g steigern, bis die Tagesmenge von 300 g erreicht ist. In dieser Zeit geht bei günstigem Ver-

lauf die Einstellung des Kindes, d. i. die Umbiegung der Gewichtskurve zur Horizontalen vor sich. Nach Einstellung des Kindes erfolgt beherzte Steigerung, und zwar jeden zweiten Tag um 50—100 g, bis ein Quantum von 200 g Eiweißmilch pro Kilogramm Körpergewicht erreicht ist, jedoch nicht auf mehr als 1 Liter täglich. Mit der Einstellung des Kindes ist die Wendung zum Guten eingetreten, und es liegt nun in der Hand des Arztes, das Stadium des Wieder- und Neuaufbaues der Gewebe herbeizuführen. Je nach der Schwere der Störung und dem Verhalten der Entleerungen wird man den Beginn der Gewichtszunahme beschleunigen oder verzögern. Gewichtszunahme erzielt man durch Zulage von Kohlehydrat bis auf 5% des Maltosedextringemisches bei über 3 Monate alten Kindern unter Zusatz von 1—2% Mehl (Weizen- oder Hafermehl). Eine Steigerung der Kohlehydratzufuhr über 5% der Gesamtmenge ist in jeden Fällen erlaubt, in denen die Gewichtszunahme bei 5% Kohlehydratzusatz noch nicht beginnt. Es ist erlaubt, in einzelnen Fällen bei Ausbleiben der Gewichtszunahme eine Steigerung des Kohlehydratzusatzes bis auf 8%, ja 10% vorzunehmen. Die Dauer der Eiweißmilchernährung soll beim jüngeren Kinde sechs, beim älteren vier Wochen betragen, doch kommt man häufig, besonders beim älteren Kind, mit einer kürzeren Periode der Eiweißmilchernährung aus. Diese Zeit genügt im allgemeinen, um die Funktionen des Darmes so weit wiederherzustellen, daß die Ernährung mit den üblichen Milchmischungen nicht wieder die pathologischen Gärungserscheinungen hervorruft.

Behandlung der ruhrartigen Erkrankungen im Säuglingsalter. Man wird insbesondere bei Kindern in den ersten Lebensmonaten bei der Behandlung dysenterischer Erkrankungen nichts Besseres raten können, als nach 12—24stündigem Hunger (Zufuhr von Tee oder Wasser), währenddessen man zweckmäßigerweise 2stündlich eine Dosis von einem Teelöffel Rizinusöl gibt, Frauenmilch zuzuführen. Man wird hier die Menge auch nicht so gering wählen müssen wie bei den toxischen Darmkatarrhen, sondern ohne weiteres mit einer Menge von 200—300 g Frauenmilch pro die beginnen können. Bei dieser Unterernährung muß natürlich der Wasserbedarf durch Tee gedeckt werden. Ist man gezwungen, eine künstliche Ernährungsmethode anzuwenden, so kann man unter jeder Art der Nahrung allmählich eine Ausheilung zustandekommen sehen, auch unter den üblichen Milchmischungen. Über eine Ernährungsmethode, welche die Krankheit mit derselben Schnelligkeit kupiert, wie das von der Eiweißmilch bezüglich der Cholera erwähnt wurde, verfügen wir nicht. Man kann auch bei dieser Erkrankung die Eiweißmilch mit Erfolg anwenden, wie Verf. sich in zahlreichen Fällen überzeugt hat, d. h. wir sehen auch unter Eiweißmilch- oder Larosanmilchtherapie in einer Reihe von Fällen allmählich die Heilung eintreten. Verf. würde sich aber niemals zu der Äußerung entschließen können, daß Eiweißmilch bei den dysenterischen Erkrankungen der Säuglinge besonders empfehlenswert ist. Vielmehr scheint, wie die Untersuchungen in Göpperts Klinik dartun wollten, die schonende Molkentherapie einen spezifisch günstigen Einfluß zu haben. Man gibt nach der Hungerperiode zunächst eine Zeitlang mit Haferschleim

verdünnte Molke, und zwar āā part. aequal. Man kann je nach dem Alter und Zustand des Kindes mit 50, 100, 150 g Molke beginnen und jeden folgenden Tag um 50 g steigen; z. B. würde ein viermonatliches leichtkrankes Kind zunächst 12 Stunden Tee, am nächsten Tage 100 g Molke und 100 g Haferschleim, am übernächsten 150 g Molke und 150 g Haferschleim und so steigend bis auf 300—400 g Molke und 300—400 g Haferschleim erhalten. Bei dieser Ernährung sieht man, wie ganz allmählich die Stühle seltener werden, der lästige Tenesmus nachläßt und schließlich sogar unter Umständen Verstopfung eintritt. Man ersetzt dann je 50 g Molke durch 50 g Milch, ebenfalls langsam steigend, und gibt dem Gemisch 3% eines Dextrin-Maltose-Präparates, z. B. Soxhlets Nährzucker, zu. Auch mit der Zuckermenge kann man dann ganz allmählich, je nach dem Verhalten der Stühle und der Gewichtskurve, bis auf 4—5% steigen, und bei älteren Säuglingen zu der Zeit, da man Teile der Molke durch Milch ersetzt, mittags auch eine Brühsuppe mit Einlage dem Kinde verabfolgen. Nach durchschnittlich 8—14 Tagen sieht man eine vollständige Ausheilung zustandekommen, die es erlaubt, das Kind auf die gewöhnlichen Milchmischungen überzuführen. Die Molke muß man sich aus bester Milch durch Zusatz von Pegnin oder Labessenz selbst herstellen. Unterstützt kann die diätetische Behandlung durch Darmeinläufe werden, z. B. mit 1 promilliger Argentum nitricum-Lösung oder schwacher Lösung von essigsaurer Tonerde. Verf. hat jedenfalls immer den Eindruck gehabt, daß die täglich 1—2 mal vorgenommenen Einläufe dem Kinde Erleichterung bringen. Grätzer.

W. Böcker, Zur Entstehung und Behandlung des Hackenfußes. (Bruns' Beiträge zur klinisch. Chirurgie. 92. 1914. S. 693.) Die häufigste Ursache des Hackenfußes ist eine durch Poliomyelitis zurückgebliebene Lähmung des Triceps sural. Seltener findet er sich angeboren oder nach einer Tenotomie der Achillessehne bei paralytischen und spastischen Spitzfüßen wie angeborenen Klumpfüßen infolge zu starker Überdehnung bzw. Diastase beider Sehnenenden durch das Redressement.

Verf. teilt weiterhin einen Fall von hochgradigem Hackenfuß mit. Entstanden war derselbe nicht durch die Arthrodese, sondern durch die dorsalflektierte Fixation des Talus durch eine Dorsalflexion des Fußes im Gipsverband und eventuell Tenotomie der Achillessehne. Man soll daher bei einer Arthrodese des Fußgelenkes, welche es auch sei, einmal mit der Tenotomie der Achillessehne, zweitens mit der starken Dorsalflexion des Fußes und drittens mit der Verkürzung der Strecksehnen en masse, welch letztere heute kaum noch ausgeführt wird, äußerst vorsichtig sein, um Mißerfolge solcher Art zu vermeiden. Verf. gibt dazu eine Reihe von Winken aus seiner orthopädischen Praxis. Kurt Boas.

Peters, Über die Schlattersche Krankheit (partielle Fraktur der Tuberositas tibiae). (Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. 23. H. 1. 1915.) Als dispersierend für die Schlattersche Krankheit (partielle Fraktur der Tuberositas tibiae), von welcher

zwei einschlägige Fälle zur Mitteilung gelangen, führt Verf. folgende Momente an:

1. Im 13—16 jährigen Alter normaler Ossifikationsprozeß und intensiveres Trauma.

2. Bei unregelmäßigem Ossifikationsprozeß kann auch schon ein schweres Trauma die erwähnten Veränderungen hervorbringen.

3. Es kann infolge eines pathologischen (Entzündungs-) Prozesses das Periost gelockert, also auch schon durch eine stärkere Kontraktion des M. quadriceps von seiner Anhaftungsstelle abgehoben werden.

Kurt Boas.

E. Rach, Zur Diagnose der Bronchialdrüsentuberkulose im Kindesalter. (Brauers Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. 32. H. 1. 1914.) Die im rechten tracheo-bronchialen Raum Sukiennikows gelegenen Drüsen bilden bei tuberkulöser Erkrankung ein dattel- oder kolbenförmiges Gebilde, das sich auch radiologisch parallel der Trachea nachweisen läßt. Durch Kompression des rechten Hauptbronchus kommt es mitunter zu einem keuchenden, exspiratorischen Stridor („cornage exspiratoire") und später zu einem pertussisartigen Reizhusten. Diese Befunde ermöglichen die Diagnose der intumeszierenden Bronchialdrüsentuberkulose. Kurt Boas.

Frehn, Über die v. Pirquetsche Kutanreaktion und die Bedeutung der Sensibilisierung bei derselben. (Aus der deutschen Heilstätte in Davos.) (Brauers Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. 32. H. 1. 1914.) Die Kutanreaktion nach v. Pirquet tritt an verschiedenen Körperteilen mit verschiedener Intensität auf. Der optimale Ausfall tritt an der Brusthaut auf. Die Sensibilisierung tritt bei Gesunden in 94% in starker Weise (Reaktionswerte über 20) auf, bei Tuberkulösen dagegen nicht oder nur in weit schwächerem Grade. So gaben Tuberkulose des ersten Stadiums in 71%, des zweiten in 48% und des dritten in 28% eine geringe Sensibilisierung von 1,2—1,6 Reaktionswert. Die Größe der Sensibilisierung ist auch prognostisch bedeutungsvoll und gibt einen Hinweis, ob eine Tuberkulinbehandlung im gegebenen Falle angebracht erscheint. Je besser die Sensibilisierung, um so besser die Abwehrkräfte des Organismus.

Kurt Boas.

K. Kramer, Ein Fall von Genu varum congenitum. (Aus der Orthopädischen Klinik in Köln a. Rh.) (Arch. f. Orthopädie u. Mechanotherapie. 13. H. 4. 1915.) Verf. beschreibt eine angeborene Varusbildung der Kniegelenke bei drei Mitgliedern einer Familie (Vater und zwei Kinder). Die Röntgenuntersuchung ergab als Ursache der Mißbildung eine Spaltung des unteren Femurrandes. Angeborene Narben bei den Kindern deuteten auf eine Wachstumshemmung durch amniotische Verwachsungen hin. Kurt Boas.

Groer und **Kassowitz,** Studien über die normale Diphtherieimmunität des Menschen und über das Verhalten des normalen Diphtherieantitoxins bei Mutter und Neugeborenem. (Ztschr. f. Immunitätsforschung u. experiment. Therapie. 23. H. 1. 1915.) In 84% der Mütter und ihrer Neugeborenen war ein ganz

beträchtlicher Normal-Diphtherieantitoxingehalt im Serum nachzuweisen. Die Schutzkörper werden offenbar diaplazentar auf das Kind übertragen. Positiver Ausfall der intrakutanen Diphtheriereaktion ist kein Beweis für Mangel an Schutzkörpern, negativer Ausfall dagegen zeigt sicher Antitoxin im Blute an. Kurt Boas.

O. Nieber, Über Osteochondritis deformans coxae. (Zeitschrift f. orthopäd. Chirurgie. 35. H. 2. S. 301.) Der vom Verf. beschriebene Fall wurde in Gehgipsverbänden mit leichter Abduktion behandelt. Die Prognose der zuerst von Perthes beschriebenen Erkrankung ist durchaus günstig. Kurt Boas.

G. Engelmann, Ein seltener Fall von kongenitalem Femurdefekt. (Ebenda. 35. H. 2. S. 317.) Bei dem jetzt 27jährigen Patienten bestand eine starke Verkürzung des Beines, beruhend, wie das Röntgenbild zeigte, auf einer scharfen Abknickung des rechten Femurschaftes in einem Winkel von etwa 65—70° im Niveau des Trochanter minor. Die Stelle des Knickes imponiert als eine winklig geheilte, intrauterin erworbene Fraktur des Femur.

Kurt Boas.

C. Posner, Untersuchungen über den Harnleiter Neugeborener. (Arch. f. klin. Chirurgie. 106. 1914. H. 2.) Zeitweilige oder kurzdauernde Knickung des Ureters bei Wanderniere, fehlerhafte Insertion des Ureters, komprimierende Nebenarterie, Striktur oder Steckenbleiben eines Steines im Ureter usw. können zur Bildung einer Hydronephrose führen. Andere Fälle von Hydronephrose hingegen entziehen sich jeder ätiologischen Beurteilung.

Verf. untersuchte nun den Verlauf und die Richtungsveränderungen des Ureters und fand ebenso wie früher Bazy eine physiologische Stenose des Ureters etwa 70 mm unterhalb des Nierenleiters, an der Schwelle zwischen großem und kleinem Becken. Dieselbe ist besonders rechts stärker als links, dann da, wo er die Blasenwand durchsetzt.

Man hat anzunehmen, daß in einzelnen Fällen die Residuen solcher fetaler Abnormitäten, die später nicht mehr wahrnehmbar sind, im weiteren Verlaufe zu wirklichen Hydronephrosen führen können.

Kurt Boas.

B. Aus ausländischen Zeitschriften.

Romeo Monti, Über angeborene Zwerchfellbrüche. (Aus dem St. Anna-Kinderspital in Wien.) (W. kl. W. 1915 Nr. 29.)

H. R., $3^1/_2$ Monate alt. Am 18. März 1914 wurde das Kind im Alter von 2 Monaten zum ersten Male in die Ambulanz des Spitales wegen Husten und „Blauwerden" gebracht. Nach Angabe der Mutter bestand der Husten erst kurze Zeit, das Blauwerden dagegen schon bedeutend länger, bei sonst gutem Allgemeinbefinden.

Anamnestisch ließ sich noch Folgendes in Erfahrung bringen: Das eheliche Kind war normal und rechtzeitig als dritte Geburt zur Welt gekommen. Die Mutter war ebenso wie der Vater des Kindes gesund und kräftig, hatte eine ganz normale Schwangerschaft und ein ganz normales Wochenbett durchgemacht Mißbildungen oder sonstige Konstitutionsanomalien waren bei den Eltern nicht vorhanden.

Während der ersten 6 Wochen stillte die Mutter ihr Kind selbst, nachher begann sie es künstlich mit verdünnter Kuhmilch zu ernähren. Von Geburt auf schwächlich, hatte das Kind, wenn auch wenig, so doch regelmäßig an Körpergewicht zugenommen und bot mit Ausnahme zeitweise auftretender Anfälle von Dyspnoe und Zyanose keinerlei krankhafte Erscheinungen.

Während der ganzen Zeit des Spitalsaufenthaltes wurde beim Kinde keine Temperatursteigerung bemerkt, außer gelegentlich einer interkurrierenden Bronchopneumonie, die nach 10tägigem Bestand in Heilung ausging.

Von weiteren Beobachtungen wäre nur zu erwähnen, daß das Kind auffallend viel Zeit brauchte, um die Mahlzeiten zu sich zu nehmen (100—120 ccm 0,5-Milch + 3% Nährzucker) und dabei, wenn auch selten, so doch manchmal zyanotisch wurde. Erbrechen konnte man nie beobachten, der Stuhl war stets von normaler Beschaffenheit, vielleicht etwas fester als normal, aber nicht angehalten; das Kind hatte täglich eine spontane Entleerung. Der Harn war frei von abnormen Bestandteilen. Das Körpergewicht blieb dabei im großen und ganzen, wahrscheinlich infolge der Bronchopneumonie, stationär.

Gleich bei der ersten Untersuchung wurde an Stelle der Herzdämpfung gedämpft tympanitischer Schall nachgewiesen, daselbst war der Spitzenstoß nicht fühlbar, die Herztöne nicht hörbar; wohl aber waren dieselben rechts vom Sternum sehr deutlich wahrnehmbar. Da ferner die Leber perkutorisch und palpatorisch normal gelagert erschien, so wurde die Diagnose Dextrokardie gestellt und das Kind wegen dieses eigentümlichen Befundes der radiologischen Untersuchung zugewiesen.

Schon die erste Röntgenaufnahme zeigte, daß es sich nicht um eine echte Dextrokardie handelte, sondern um eine Verdrängung der Trachea und des Herzens nach rechts, bedingt durch Eindringen von Baucheingeweiden in den linken Brustraum.

Eine zweite Röntgenaufnahme nach Wismutverabreichung zeigte noch deutlicher, daß der in seinem unteren Teile mit Wismutbrei und in seinem oberen Teile mit Luft gefüllte Magen im linken Brustraum lag und das Herz und die Trachea nach rechts verdrängt hatte.

Nachdem nun die richtige Diagnose festgestellt war, fand man natürlich eine ganze Reihe von klinischen Erscheinungen, die mit ziemlicher Sicherheit auf eine angeborene linksseitige Zwerchfellhernie schließen lassen.

Es fällt bei dem 3100 g schweren, 54 cm langen, zarten, schwächlichen Kinde mit lebhaftem Gesichtsausdruck vor allem auf, daß die linke Seite bei tiefer Inspiration etwas zurückbleibt, daß der symmetrisch gebaute Thorax hauptsächlich in seinen oberen Partien stark gewölbt ist, die Atmung einen rein kostalen Typus zeigt. Auch der Bauchumfang erscheint geringer als normal. Die Perkussion ergibt rechts vorne hellen Schall bis zur vierten Rippe, von da ab eine nach abwärts an Intensität zunehmende Dämpfung, die nach unten in die Leberdämpfung übergeht, nach außen bis etwa 1 cm außerhalb der rechten Mamillarlinie reicht und sich nach links fast bis zum rechten Sternalrand erstreckt.

Im Gebiet dieser Dämpfung sind die Herztöne sehr deutlich hörbar. Über der rechten Lunge hinten ist auch heller, voller Schall. Sowohl vorne als hinten ist über der rechten Lunge vesikuläres Atmen hörbar.

Über der linken Lunge sind die Auskultations- und Perkussionsverhältnisse sehr merkwürdig.

Vorne ist das Atemgeräusch, wenn auch etwas abgeschwächt, so doch überall hörbar, während es hinten oben stark abgeschwächt ist und vom Angulus scapulae nach abwärts ganz fehlt. Im Bereich des abgeschwächten und fehlenden Atemgeräusches ist der Perkussionsschall sehr verschieden; man kann über einer und derselben Stelle zeitweise Tympanismus und zeitweise Dämpfung nachweisen, je nach dem Füllungszustande der im Brustraum enthaltenen Baucheingeweide.

Metallisch klingende Rasselgeräusche, unabhängig von der Respiration, und Plätschergeräusch beim Schütteln des Kindes können oft, hauptsächlich aber gleich nach der Nahrungsaufnahme, nachgewiesen werden.

Aus dem Mitgeteilten geht hervor, daß die Diagnose einer Zwerchfellhernie intra vitam durch Anwendung der physikalischen Untersuchungsmethoden immerhin möglich sein kann. Die klinischen Hauptsymptome der Zwerchfellbrüche wären: Dextrokardie, Wechsel



des Perkussionsschalles, Zurückbleiben der betreffenden Seite bei der Atmung, Auftreten von Plätschergeräuschen, abnorme Kleinheit des Abdomens bei gewöhnlich stark ausgeprägter Thoraxwölbung und Anfälle von Zyanose.

Es ist selbstverständlich, daß es, trotz der Kenntnis dieser Symptome, eine Sache der Erfahrung ist, eine derartige Diagnose mit Sicherheit zu stellen.

Weitaus überlegener erscheint für die Diagnose die radiologische Untersuchung, die aber auch nur in der Hand eines in der Deutung des Röntgenphotogramms Erfahrenen möglich ist, da wir in der neuesten Literatur Fälle finden, die trotz Röntgenaufnahme falsch gedeutet und erst bei der Sektion erkannt wurden. Grätzer.

Fritz Brandenberg (Winterthur), Über familiäres Auftreten von Bluterkrankungen im Kindesalter. (Schweiz. Corr.-Bl. 1915 Nr. 34.) In der Familie erkrankten zwei Neugeborene, eines 1913, das andere 1914, am 6. Lebenstage an Winkelscher Krankheit und starben. Die gesunden, kräftigen Kinder zeigten dieselben Krankheitserscheinungen. Grätzer.

S. Saltykow (St. Gallen), Jugendliche und beginnende Atherosklerose. (Ebenda. 1915 Nr. 34/35.) Auf Grund der Wahrnehmungen kommt Verf. zum Schlusse, daß die sogenannte Verfettung der Intima jugendlicher und kindlicher Arterien, hauptsächlich der Aorta, nichts anderes ist als das Anfangsstadium der Atherosklerose.

Zu dieser Überzeugung müssen wir hauptsächlich auf Grund der vergleichenden Untersuchung der Morphologie dieser Herde und derjenigen der anerkannten Arteriosklerose kommen.

Verf. hatte den Eindruck, daß, wenn man die Resultate solcher Untersuchungen nicht immer folgerichtig zu verwerten wagte, es hauptsächlich aus Scheu gegen das althergebrachte Dogma der „Atherosklerose als Alterskrankheit" verstoßen zu müssen, geschah. Wird doch der Einwand, daß wir ja dann Atherosklerose sogar bei kleinen Kindern und überhaupt zu oft diagnostizieren müßten, geradezu als Beweis gegen die atherosklerotische Natur der Verfettungsherde angeführt.

Verf. aber findet, daß alle unseren neueren Kenntnisse über die Natur der Atherosklerose, vor allem der Nachweis Jores', daß ein Parallelismus, ja eine gewisse Übereinstimmung zwischen der normalen Ausbildung der Intima und der Entwicklung der Atherosklerose besteht, uns zu der Anschauung geradezu drängen, daß die Atherosklerose sehr frühzeitig, schleichend, in inniger Anlehnung an die physiologischen Differenzierungsvorgänge der Intima im Laufe der Jahre entstehen muß.

Für diese Anschauung bringen die Untersuchungen des Verf. die objektiven Beläge. Grätzer.

M. Wollstein, Parameningococcus and its antiserum. (From the Laboratories of the Rockefeller Institute for medical Research.) (Journ. of experiment Medic. Vol. 20. Nr. 3. p. 201. 1914.)

Die Dopterschen Parameningokokken sind in kultureller Beziehung nicht zu unterscheiden von den echten oder normalen Meningokokken, in serologischer Beziehung dagegen weisen sie in bezug auf Agglutination, opsonisches Vermögen und Komplementablenkung Unterschiede auf.

Wegen der Verschiedenheiten und Unregelmäßigkeiten der Serumreaktion, die unter im übrigen normalen Meningokokkenstämmen vorkommen, erscheint es nicht möglich oder wünschenswert, die Parameningokokken in eine besondere Klasse zu verweisen. Es erscheint wünschenswert, sie als einen besonderen Stamm unter den Meningokokken zu betrachten, ohne daß sie unter sich selbst ganz konsistent wären.

Die Unterschiede in den Serumreaktionen zwischen den normalen und den Parameningokokken kommen zustande durch die Unterschiede in den Schutzeffekten der monovalenten Immunsera zufolge von Meerschweinchen- und Affeninfektion.

Es wird daraus geschlossen, daß es im höchsten Grade wünschenswert ist, Parameningokokkenstämme in der Herstellung des gewöhnlichen polyvalenten Antimeningokokkenserums zu verwenden. Es bleibt übrig, zu ermitteln, ob es besser ist, die Parameningokokken zusammen mit normalen Meningokokken bei immunisierten Pferden zu verwenden, oder normale und Parastämme getrennt bei dem Immunisierungsprozeß zu verwenden und nachher in gewissen Verhältnissen die Sera beider Arten von immunisierten Pferden zu verwenden. Kurt Boas.

T. Brailsford Robertson, A comparison of the weights at birth of british infants born in the british isleo, the United States and Australia. (Preliminary communication.) (From the Rudolph Spreckels Physiological Laboratory of the University of California.) (University of California Publications in Physiology. Vol. IV. No. 20. p. 207. 1915.) Verf. vergleicht die Gewichte neugeborener luetischer Kinder in verschiedenen Weltteilen und gibt darüber folgende tabellarische Übersicht:

Ort der Geburt	Geschlecht	Nr. gewogen	Höhe des Gewichtes bei der Geburt in Unzen
London und Edinburgh (British Anthrometric Comittee)	männlich	451	113,6
	weiblich	460	110,4
London (Pearson)	männlich	1000	116,8
	weiblich	1000	113,2
Birmingham	männlich	100	114,9
	weiblich	100	113,5
Eastern United States (Bowditch)	männlich	100	120,8
	weiblich	100	115,7
Adelaide, South Australia	männlich	247	127,3
	weiblich	264	121,2

Hieraus ergibt sich also, daß die Britenkinder in Australien und in den östlichen Vereinigten Staaten denen im Mutterlande an Körper-

gewicht bei der Geburt überlegen sind. Die Gründe hierfür sind in klimatischen, sozialen und ökonomischen Verhältnissen zu suchen, die in den Kolonien besser sind als in der Heimat.

Kurt Boas.

Th. Diller and **J. Rosenbloom,** Family periodic paralysis. (Report of a typical case, with metabolism study.) (From the Wards of the Allegheny General Hospital and the Laboratory of Dr. J. P. Mc Kelvy, Pittsburgh, Pa.) (Archives of internal Medicine XLV. 1914 December. p. 869.) Die Verff. gelangen in ihrer Abhandlung zu folgenden Schlußergebnissen:

1. Die klinische Krankengeschichte und eine Stoffwechselbeobachtung von 7tägiger Dauer nach der Folinschen Diät wird in einem Falle von familiärer Lähmung beschrieben.

2. Die Verff. haben den Stickstoffstoffwechsel und die Harnstoffstickstoffverteilung (Gesamtstickstoff, Harnstoffstickstoff, ammoniakalischer Stickstoff, Harnsäurestickstoff, Kreatininstickstoff und unbestimmbarer Stickstoff), den Schwefelstoffwechsel und die Schwefelverteilung im Harn (Gesamtsulfate, anorganische Sulfate, ätherische Sulfate und neutraler Schwefel) studiert. Die Verff. haben ferner den Kalzium-, Magnesium-, Phosphor- und Fettstoffwechsel studiert.

3. Die einzigen bestimmten Stoffwechselveränderungen wurden gefunden und in einer ausgesprochenen Verminderung in dem Werte des in dem Urin ausgeschiedenen Kreatinins und Kreatinstickstoffes und eine merkliche Herabsetzung in dem Werte des unbestimmbaren Stickstoffes im Harn.

4. Es würde von großer Wichtigkeit sein, unter Anwendung derselben in der vorliegenden Abhandlung mitgeteilten Methoden diese Studien an einem Patienten, der an familiärer periodischer Lähmung leidet, während der Dauer eines Anfalles zu wiederholen, um auf diese Weise die Befunde zu vergleichen mit den in der vorliegenden Arbeit mitgeteilten Resultaten.

Kurt Boas.

M. Brissot, Un cas de paralysie générale infantile. (Annales médico-psychologiques. LXXII. No. 6. 1914. p. 662.) Bericht über ein jetzt 16jähriges Mädchen. Beginn der Erkrankung im 6. Lebensjahre mit Keratitis parenchymatosa und zerebralen Symptomen. Sehr schnelle Heilung nach antiluetischer Behandlung. Bis zum 13. Lebensjahre keine weiteren Erscheinungen. Dann plötzlicher epileptischer Anfall in anscheinend völliger Gesundheit, der sich wiederholt, und von da ab eine immer deutlicher in Erscheinung tretende Dementia paralytica.

Bemerkenswert war die lange Dauer der Erkrankung.

In symptomatologischer Beziehung bemerkenswert waren die spastischen Erscheinungen. Patientin hat einen beständigen Zustand von Kontraktur in der linken Seite mit sehr ausgesprochenem Klonus, Babinski usw., der bald auch auf die rechte Seite übergreift.

Kurt Boas.

A. Chauffard, Pathogénie de l'ictère hémolytique congénital. (Annales de Médecine. 1914 No. 1. p. 3.) Hinsichtlich der

Pathogenese des hämolytischen kongenitalen Ikterus unterscheidet Verf. zwei Pathogenesen: es kann sich einmal handeln um eine kausale Infektion (Heredosyphilis oder Tuberkulose) oder um einen organischen Prozeß, die splenohämolysierende Reaktion. Was die erste Gruppe anbetrifft, so hat sich die spezifische Therapie bisher als wenig wirksam erwiesen. Weder das Neosalvarsan, noch das Quecksilber führt zu einer Besserung des hämolytischen Ikterus. Die therapeutischen Bestrebungen müssen daher auf die Milz selbst, als den Ausgangspunkt der Erkrankung, gerichtet sein. Zwei Methoden kommen hier im wesentlichen in Betracht: die Röntgenbestrahlung der Milz und die Splenektomie. Die letztere hält Verf. nur in den wirklich schweren Fällen für indiziert, in denen Lebensgefahr besteht.

Kurt Boas.

E. Gelma, Opothérapie thyroidienne et épilepsie. (Revue de médecine 1913 No. 1.) Anatomisch-klinische Untersuchungen haben gezeigt, daß häufig, aber nicht konstant, bei Epileptikern sich Veränderungen der Schilddrüse finden. Von der Gruppe der Fälle von gemeiner Epilepsie sind diese Fälle von Thyreoidepilepsie abzutrennen. An das Vorhandensein der letzteren ist zu denken bei Bestehen einer Struma oder eines Myxödems neben den epileptischen Anfällen, aber auch schon, wenn kleinere Zeichen von Hypothyreoidismus, eine Forme fruste von Myxödem vorhanden sind, wie leichte Verstopfung der Nasengänge, Alopezie, Canities, Störungen der Verdauung, Kopfschmerz, Migräne, Somnolenz, vorzeitiges Senium usw., Symptome, welche auf eine Störung der Schilddrüsenfunktionen hinweisen. In solchen Fällen von Schilddrüsenepilepsie wirkt — wie zwei Fälle des Verf. zeigen — Thyreoidin sehr günstig, indem es die epileptischen Anfälle zum Verschwinden bringt, den Allgemeinzustand und die psychischen Funktionen bessert. Die Opotherapie versagt aber in Fällen, wo neben dem Dysthyreoidismus noch andere Faktoren im Spiele sind, wie Intoxikation, Affektion anderer Drüsen mit innerer Sekretion.

Kurt Mendel.

G. Paul-Poncour, L'asthénie psycho-motrice constitutionelle infantile. (Progrès médic. 1913 No. 15.) Fall von infantiler konstitutioneller psychomotorischer Asthenie und Abgrenzung dieses Krankheitsbildes von der kindlichen Neurasthenie.

Kurt Mendel.

Henri Roger, Le liquide céphalo-rachidien de la méningite tuberculeuse. (Ebenda. 1913 No. 21.) Verf. zeigt den diagnostischen Wert der chemischen Formel des Liquor cerebrospinalis bei tuberkulöser Meningitis gegenüber den anderen Meningitiden, insbesondere der Meningokokkenmeningitis. Die hauptsächlichsten Charakteristica der chemischen Formel bei Meningitis tuberculosa sind (nach Mestrezat): ausgesprochene Hypochlorurie, mäßige Hyperalbuminose, beträchtliche Hypoglykosie.

Die Untersuchung des Liquor ist sehr wertvoll zur Diagnosenstellung; sie entscheidet für tuberkulöse Meningitis gegenüber neurotischen Affektionen, einfachen meningealen Reaktion bei Phthisikern, ferner gegenüber Urämie, epidemischer Zerebrospinalmeningitis. Neben

der chemischen Konstitution des Liquor wird man dessen zytologisches und bakteriologisches Verhalten in Erwägung ziehen müssen, desgleichen auch die klinischen Symptome des Falles. Die Lumbalpunktion hat ferner therapeutischen Wert, indem sie oft die starken Kopfschmerzen lindert; ferner kann man bei dieser Gelegenheit Antituberkuloseserum lumbal injizieren. Kurt Mendel.

A. Rodiet, De l'influence des émotions dans la genèse de l'attaque d'épilepsie. (Ebenda. 1913 No. 27.) An einer Reihe von Fällen zeigt Verf. die Rolle, welche Schreck und Erregung sowohl beim Auslösen des ersten epileptischen Anfalles wie auch später bei Auftreten der einzelnen Anfälle spielt. Die Erregung an sich löst nicht den Anfall aus, sondern die mit ihr verbundene zirkulatorische Reaktion und die so bedingte direkte oder indirekte Rindenreizung bei dem zur Epilepsie prädisponierten Individuum. Die Erregung und Furcht kann aber auch die Folge des epileptischen Anfalls oder eine Aurasymptom sein. Kurt Mendel.

II. Aus Vereinen und Versammlungen.

Schöne: **Peritonitis acuta nach Perforation einer tuberkulösen Mesenterialdrüse.** 11jähriges Mädchen, bisher angeblich vollständig gesund, am 21. April morgens plötzlich mit heftigen Schmerzen im ganzen Leib erkrankt. Mehrfach dünner Stuhl, kein Erbrechen. Aufnahme 22. April abends. Befund: Gut entwickeltes Mädchen, schwerer Allgemeinzustand, Temperatur 39,2. Puls 128, klein. Abdomen: Im ganzen aufgetrieben, überall ziemlich stark gespannt und druckempfindlich. Druckempfindlichkeit und Spannung am stärksten etwa zwei Querfinger rechts und unterhalb vom Nabel. Per rectum: Douglas sehr druckempfindlich. Klinische Diagnose: Appendicitis acuta. Peritonitis diffusa. Sofort Operation (Vortr.): Pararektalschnitt in der Ileozökalgegend. Bei Eröffnung des Bauchraums entleert sich sehr reichlich vollkommen freie, ausgesprochen dünn eitrige, nicht stinkende Flüssigkeit. Auch aus entfernten Teilen der Bauchhöhle. Wurmfortsatz nicht erkrankt, trotzdem entfernt. Medial vom Colon ascendens fühlt man im Mesenterium einen kleinapfelgroßen, knotigen Tumor. Nach Erweiterung des Bauchschnitts stellt sich heraus, daß es sich um ein Konglomerat tuberkulöser Mesenterialdrüsen handelt, deren eine perforiert ist und käsigen Brei in die freie Bauchhöhle ergossen hat. Da eine Ausschälung der Drüsen ohne Schädigung des Darmes ausgeschlossen erscheint, wird der zugehörige Dünndarmabschnitt reseziert unter gleichzeitiger Exstirpation des ganzen Drüsenpakets. Das distale Dünndarmende ist noch etwa 10 cm vom Coecum entfernt. Einpflanzung des Dünndarmes in das Querkolon. Ausspülung der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung. Zigarettendrain in dem Douglas. Im übrigen vollständiger Verschluß der Bauchhöhle. Glatte Heilung. Sehr gute Erholung. Keine Zeichen von tuberkulöser Peritonitis. Die Kulturen aus dem peritonitischen Eiter blieben steril. Anaërobe Kulturen wurden nicht angelegt. Präparat: Drüsen teilweise verkalkt, im übrigen ausgedehnt verkäst. Die Länge des resezierten Darmes beträgt 85 cm. Es bleibt die Frage offen, ob die Drüsen mit Eitererregern sekundär infiziert waren, oder ob es sich im wesentlichen um eine schwere toxische Reizung des Bauchfelles gehandelt hat.

Stephan: **Melaena neonatorum.** Bei dem kräftig entwickelten Kinde trat bereits 30 Stunden post partum geringfügiges Blutbrechen auf, das sich im Verlauf des dritten Lebenstages in verstärktem Maße mehrmals wiederholte. In der Nacht zum vierten Tage setzten heftige Blutentleerungen aus dem Darm ein, am Nachmittag wurden an verschiedenen Stellen des Körpers (an beiden Ellbogen, Kniegelenken, an der Innenfläche der linken Ferse und am Kopfe) erbsenbis markstückgroße subkutane Hämorrhagien sichtbar, die sich von der leicht



ikterischen Haut durch ihre kräftige blauviolette Färbung deutlich abhoben. Zugleich wurden außer allgemeiner Apathie und Benommenheit Okulomotoriusstörungen und Nystagmus beobachtet, Symptome, die auf eine zerebrale Genese der Affektion hinweisen. Der Vortr. vermutet hier einen jener Fälle, wie sie von Brown-Séquard, Epstein, Schiff und v. Preuschen in praxi beobachtet und experimentell an Versuchstieren erzeugt wurden, in denen intrakranielle Blutungsherde zu den Erscheinungen der Melaena führten; danach würden die Blutextravasate im Magendarmkanal und die subkutanen Hämorrhagien durch Störung bzw. sogar Lähmung des Vasomotorenzentrums entstanden sein. Zur Annahme dieser Ätiologie berechtigt die Anamnese dieses Falles: es handelt sich um das siebente Kind einer Frau mit rachitisch-plattem Becken, deren vorausgegangene Geburten zum Teil schwere Zangenentbindungen bzw. Totgeburten waren. Bei dem jetzigen Partus stellte sich die Frucht in Vorderscheitelbeinstellung ein, die Geburt schritt trotz langer Dauer nicht vorwärts. Nachdem mekoniumhaltiges Fruchtwasser abgegangen und ein Impressionsversuch mißlungen war, wurde die Pubeotomie vorgenommen, und das Kind wurde unter stehenden Traktionen durch hohe Zange entwickelt, wobei der Kopf mit deutlichem Ruck ins Becken eintrat. Hierbei könnte das vom Vortr. supponierte intrakranielle Hämatom entstanden sein. Da die Prognose infolge der starken Magendarmblutung, die trotz intensiver Gelatinebehandlung fortbestand, und auf Grund der zerebralen Erscheinungen als sehr ernst zu stellen ist, soll gegebenen Falles in einer der nächsten Sitzungen über das Obduktionsergebnis berichtet werden. (Med. Verein Greifswald, 12. Juni 1914.)

Dubois (Genf): **Angiokeratom und Pernionen.** Vortr. hat bei Gelegenheit eines Falles von typischem Angiokeratom an Händen und Füßen bei einem 25jährigen Manne untersucht, ob die tuberkulöse Natur dieser Erkrankung in diesem Falle erwiesen werden könnte. Nach der Theorie, welche von Leredde und Milian 1898 ausgesprochen und seither ziemlich allgemein angenommen worden ist, sollten die Angiokeratome zu den Tuberkuliden gehören. Der Kranke des Vortr. hatte keine klinische Manifestation von Tuberkulose, ebensowenig sein Bruder, der ebenfalls Angiokeratome hatte; auch anamnestisch fand sich nichts. Leredde stützte sich bei seiner Theorie auf die histologischen Veränderungen in der Tiefe der Haut. In den Präparaten von des Vortr. Fall fanden sich trotz tiefgehender Biopsie nur die klassischen oberflächlichen, von Mibelli beschriebenen Veränderungen. Der Meerschweinchenversuch ergab ein negatives Resultat. Die Autoren sind darüber einig, daß das Angiokeratom in seinen typischen Manifestationen immer nach Pernionen auftritt; es ist tatsächlich eine Komplikation der letzteren. Vortr. hat untersucht, ob man nicht bei den Pernionen die klinischen Merkmale auffinden könnte, auf welche hin Leredde die tuberkulöse Natur der Angiokeratome behauptet hat. Die Pernionen, welche nicht in allen Ländern vorkommen, sind in der Schweiz häufig, obgleich Angiokeratome nie beobachtet worden sind. Die anatomischen Veränderungen bei den Pernionen sind denen beim Angiokeratom ähnlich, doch ist stärkere Infiltration vorhanden, die auf einen aktiveren Prozeß hinweist, und geringere Tendenz zur Hyperkeratose. In der Tiefe keine oder geringe Veränderungen. Es schien dann interessant zu sein, die Häufigkeitsbeziehungen zwischen Pernionen und Tuberkulose in allen ihren Formen festzustellen. Eine Statistik über Hunderte von gesunden Erwachsenen, die in Genf wohnen, hat ergeben, daß 50 % bei beiden Geschlechtern in der Kindheit Pernionen gehabt haben. In einem Sanatorium in Leysin, wo sich vor allem europäische Tuberkulöse finden, hatten 51 % Pernionen gehabt, in einem anderen Sanatorium mit hauptsächlich exotischen Kranken nur 10 %. Im Sanatorium populaire in Leysin, wo sozial ungünstiger gestellte Tuberkulöse behandelt werden, wurden bei 69 % Pernionen in der Kindheit gefunden. Die interessanteste Statistik — über die Häufigkeit der Pernionen in der Kindheit bei Hauttuberkulose — ist noch nicht vollständig genug, um Schlüsse zu gestatten. Auf 20 Patienten mit Hauttuberkulose aller Art hat Vortr. nur 9 gefunden, welche in der Kindheit Pernionen gehabt haben. Aus diesen Statistiken ergibt sich, daß die Pernionen eine sehr intime Beziehung zur Tuberkulose in allen ihren Formen nicht zu haben scheinen. Man muß zwei Formen von Pernionen unterscheiden: diejenigen, welche vor dem Erwachsenenalter verschwinden, und diejenigen, welche das Individuum bis in ein vorgerücktes Alter verfolgen. Die letzteren entstehen immer auf einem prädisponierten Terrain:

der Akrozyanose der Extremitäten, welche auf eine Verlangsamung der Zirkulation mit Verminderung des Gewebswiderstandes hinweist. Diese kongenitale Veranlagung im Zirkulationsapparat disponiert sowohl zur tuberkulösen Infektion als zu den Hautveränderungen, welche durch die Kälte bedingt werden. Es besteht nur eine Koinzidenz, nicht ein Kausalitätsverhältnis zwischen diesen Affektionen. Die wunderbaren Resultate, welche man in einigen Tagen bei den Pernionen und der Akrozyanose mit der „Biokinétique" Jaquets erhält, scheinen zu beweisen, daß nur die Zirkulationsstörungen bei diesen Krankheiten eine kausale Rolle spielen. (Schweiz. Dermatol. Gesellsch., 23. Juli 1914. — Schweiz. Corr.-Bl. 1914 Nr. 49.)

Weigert: **Geheilter Fall von Relaxatio (Eventratio) diaphragmatica.** Vortr. demonstriert ein Kind von 8 Monaten, bei dem in der 3. Lebenswoche ein Hochstand der linken Zwerchfellhälfte, Kompression der linken Lunge, Verlagerung des Magens in den Brustraum und Verdrängung des Herzens auf die rechte Seite konstatiert und durch Röntgenuntersuchung bestätigt wurde. Dieser Prozeß kam am Ende des 3. Lebensmonats zur spontanen Ausheilung und wich einem normalen Befunde. Bei der Erörterung der Frage, wie diese bisher noch nie beobachtete Heilung einer Relaxatio diaphragmatica zustande kommen konnte, führt der Vortr. aus, daß es sich bei dem Kinde nur um eine durch das Geburtstrauma (hohe Zange) herbeigeführte Lähmung des die linke Zwerchfellhälfte innervierenden M. phrenicus nach Art der Entbindungslähmungen des Plexus brachialis gehandelt haben könne. Er zeigt, daß der N. phrenicus nach seinem Ursprunge aus dem Rückenmark und seinem Verlauf am Halse in gleicher Weise von Geburtstraumen — Druck oder Zug — getroffen und geschädigt werden könne wie der Plexus brachialis. Die spontane Heilung der Lähmung am Ende des 3. Lebensmonates entspricht den bei der Heilung von Plexuslähmungen gemachten Erfahrungen. Vortr. schließt, daß es sich bei den angeborenen Fällen von Relaxatio diaphragmatica stets um echte Entbindungslähmungen handeln dürfte. (Breslauer chir. Gesellsch., 13. Juli 1914. Zbl. f. Chir. 1915 Nr. 5.)

Kittel: **Ergebnisse der Intelligenzprüfung nach Binet-Simon an den Kindern der Göttinger Hilfsschule.** Die Methode von Binet-Simon stützt sich auf empirisch gefundene Prüfungsmittel — Tests genannt — die nach einzelnen Altersstufen geordnet sind. Man hat daher eine bequeme Übersicht über die Kenntnisse, die normale Kinder in den einzelnen Altersstufen besitzen müssen. Bei der Berechnung des Intelligenzalters hat sich herausgestellt, daß ein Zurückbleiben um ein Jahr in den Altersstufen vom 8. bis 10. Jahre und um zwei Jahre in den höheren Altersstufen noch als normal anzusehen ist. Bleibt ein Kind unter Berücksichtigung dieser Fehlerquelle um weitere zwei Jahre in seiner Intelligenz zurück, so kommt es erfahrungsgemäß in der Normalschule nicht mehr mit. Von den Hilfsschulkindern sind dementsprechend die meisten mehr als zwei Jahre zurück. Bei 44 % trifft diese Voraussetzung nicht zu; dabei handelt es sich um Kinder, die verwahrlost, moralisch defekt oder psychopathisch sind, und deshalb trotz guter Intelligenz oder infolge äußerer Schädlichkeiten das Ziel der Schule nicht erreichen können. In der Göttinger Hilfsschule entsprach nur bei 12 % der Kinder die Intelligenz den Anforderungen ihrer Altersstufe. Sie waren sämtlich in die eben genannten Gruppen einzureihen. In der Göttinger Hilfsschule waren also zum allergrößten Teile nur wirklich Schwachsinnige, die ja auch allein in die Hilfsschule gehören, da die anderen besser in besondere Nachhilfe- oder Förderklassen zu verbringen sind. Bei der Lösung der einzelnen Tests fiel auf, daß die Verstandesleistungen hinter den rein gedächtnismäßigen Leistungen erheblich zurückblieben. Von den Gedächtnisleistungen wurden besonders häufig der Test: „Geschichte nacherzählen" richtig erfüllt, weil dies mit den Kindern in der Hilfsschule besonders oft geübt wird. Von den Verstandesleistungen waren am besten „die Bilderklärung" und die „Vergleiche aus der Erinnerung", auffällig schlecht das „Legespiel". Das „Erkennen der Farben" blieb niemals hinter der Intelligenzaltersstufe zurück und wurde häufiger über die Intelligenzaltersstufe hinaus richtig erfüllt. Auch der Test „Kästchen ordnen" wurde häufiger über die Intelligenzaltersstufe hinaus richtig gelöst. Ganz schlecht war bei dem Göttinger Material das „Abzeichnen". Der Vorteil der Methode gegenüber den früheren Intelligenzprüfungen ist die Mannigfaltigkeit der Tests, wodurch eine Ermüdung der Kinder vermieden werden kann, ferner rasche Über-

sicht über die verschiedensten Intelligenzleistungen der Kinder und das ansehnliche Resultat, das man erhält, da man genau weiß, was man von einem Kinde eines bestimmten Alters zu verlangen hat. In der Berechnung der Intelligenzaltersstufe darf man nicht zu schematisch verfahren, da der Methode noch gewisse Mängel anhaften. (Mediz. Gesellschaft Göttingen, 2. Juli 1914.)

Rothmann: **Beziehung der inneren Sekretion zu Erkrankungen des Rückenmarkes.** Die demonstrierte 15jährige Patientin zeigte eine Kyphose mit starker zerebellarer Ataxie, die sich unter Bettruhe besserte. Außerdem war ein deutlicher Hohlfuß vorhanden. Darauf Familienrecherche, die Folgendes ergab: Der 18jährige Bruder zeigt Zwergwuchs mit Fettleibigkeit, die nach Myxödem hinüberzuspielen schien. Infantile Stimme, mangelnde Achselbehaarung, dazu außerordentlich starke Klumpfußbildung. Größe 136 cm. Die Mutter hatte ein typisch myxödematöses Aussehen, was erst in der Menopause in die Erscheinung getreten war. Vielfach sind die Beobachtungen, daß die Vererbung krankhafter Symptome nicht immer homologer Natur sein muß; häufig tritt sie auf dem Boden allgemeiner Degeneration auf, besonders bei Juden. Bei dem Mädchen ist bisher kein therapeutischer Versuch mit Sekreten gemacht worden. Mutter und Sohn bekamen Schilddrüse. Innerhalb 3 Wochen war der Sohn um 2 cm gewachsen und nahm 7 Pfund ab. Die infantile Stimme wurde tiefer. Auch die Mutter ist wesentlich gebessert. (Berliner med. Gesellschaft, 11. Nov. 1914.)

III. Therapeutische Notizen.

Die Formaminttabletten und die Nachprüfung ihrer Wirkung. Von Dr. M. Goldhaber. (Chemisch-medizin. Institut in Leipzig.) Es wurde mit 10 ccm sterilen Wassers eine Gurgelung vorgenommen, 1 ccm dieses Gurgelwassers wurde mit flüssig gemachter Nährgelatine, die sich in einer Petrischale befand, innig vermischt und 3—4 Tage bei Zimmertemperatur stehen gelassen. Resultat: Anwachsen der Mundbakterien zu unzähligen Kolonien von Staphylokokken und Streptokokken. Nun folgte der Versuch mit Formaminttabletten. Nach Einnahme von 1—2 Stück und Auflösen derselben im Munde wurde mit je 10 ccm sterilem Wasser die Mundhöhle gespült und im Rachenraum gegurgelt und wieder je 1 ccm dieses Spülwassers mit flüssig gemachter Nährgelatine zusammengemischt und 3—4 Tage bei Zimmertemperatur stehen gelassen. Resultat: deutliche Hemmung bzw. Abtötung der Bakterien. (Zbl. f. inn. Med. 1915 Nr. 37.)

Behandlung der Dysenterie und Cholera mit Natrium sulfuricum empfiehlt D. B. Ghigoff. Ältere Kinder bekommen:

Rp.: Natr. sulfur. cryst. 30,0
Aquae 150,0
Tinct. Opii simpl. gtt. 60,0
2stündl. $^{1}/_{2}$—1 Kinderlöffel.

Kindern unter 6 Jahren gibt er eine $10^{0}/_{0}$ige, unter 2 Jahren eine $3^{0}/_{0}$ige Lösung mit Tinct. Opii so viel Tropfen, als in der Lösung Gramm von Natr. sulfuric. enthalten sind, 2stündlich einen Kaffeelöffel. Ist nach 6—7 Tagen keine wesentliche Besserung eingetreten, so fügt er zur Behandlung Tannigen hinzu, mit doppelter Menge Sacchar. gemischt, messerspitzen- bis kaffeelöffelweise in warmer Milch. (W. kl. W. 1915 Nr. 34.)

Äthylhydrocuprein bei Masern gaben Prof. Dr. A. D. Hirschfelder und Prof. F. H. Schlutz (Minneapolis) und konnten eine wesentlich kürzere Dauer der Fieberperiode feststellen. Bei Scharlach wurde eine solche nicht erzielt. (B. kl. W. 1915 Nr. 38.)

Behandlung der Erkrankungen der Vulva mit Thigasin-Henning, einer neuen Thigenolsalbe, empfiehlt Dr. J. Trebing (Prof. v. Bardelebens Poliklinik für Frauenleiden, Berlin). Besonders bei Vulvitis pruriginosa, aber auch bei Ekzem, Intertrigo (auch der Kinder) wirkte das Mittel vorzüglich. (Ther. d. Gegenw. 1915 Nr. 10.)

Eine kräftig wirkende Halspastille ist nach San.-R. Dr. Collischonn (Mainz-Mombach) folgende:

Anaesthesin 0,03
Phenacetin 0,08
Thymol
Menthol
Ol. Eucalypt. āā 0,0015
Gi. arab. quant. cat.

hergestellt unter dem Namen „Thyangol" von der Firma Dr. Teile & Co., Mainz. Man lutscht die Pastille am besten leicht an, pappt sie mit der Zunge hinten an den Gaumen und läßt sie dort von selbst vergehen. Auch kleine Kinder nehmen sie meist gern. C. wendet sie seit 6 Jahren an, namentlich als unterstützendes Mittel bei Diphtherie (stündlich 1 Stück). (M. Kl. 1915 Nr. 30.)

Drosithym Burger hat Dr. F. Cuno (Christsches Kinderhospital in Frankfurt a. M.) bei einer Keuchhustenepidemie mit sehr gutem Erfolge angewandt. Es handelt sich um kein Geheimmittel; Drosera rotundifolia und Thymus Serpillum sind die Bestandteile. (M. Kl. 1915 Nr. 38.)

Tannoform bei Typhus und septischer Enteritis hat Dr. H. Krüger (Plauen) mit bestem Erfolge angewandt. (Ther. d. Gegenw., April 1915.)

Bananen bei Darmkrankheiten. Von C. D. de Langen (Groningen). Günstige Resultate bei chronischer Enteritis durch ausschließlichen Genuß von Bananen. Bei tuberkulöser Enteritis trat stets Mißerfolg ein.
(Tijdschr. voor Geneesk. 19. 9. 1914. — D. m. W. 1915 Nr. 12.)

IV. Monats-Chronik.

Berlin. Zwecks Ausgestaltung des Säuglings- und Kleinkinderschutzes wird auf Anregung der Herzogin Viktoria Luise zu Braunschweig eine besondere Organisation zur Beschaffung von Mitteln für ganz Deutschland vorbereitet.

— Die Stadtverordnetenversammlung hat in ihrer Sitzung vom 4. Nov. den Antrag des vorberatenden Ausschusses, wonach die Aufnahme Diphtheriekranker in die städtischen Krankenhäuser dauernd kostenlos bleiben solle, angenommen. — Mit dem Verein der Berliner Apotheker ist ein Übereinkommen dahin getroffen worden, daß die Apotheken an Familienangehörige von Kriegsteilnehmern unentgeltlich Diphtherieserum verabfolgen, wenn neben dem Rezept des verordnenden Arztes der Kriegsunterstützungsschein des Lieferungsverbandes Berlin in der Apotheke vorgelegt wird. Zur Vermeidung jeder Verzögerung wird nachdrücklich darauf hingewiesen, daß niemand, der unentgeltlich Serum wünscht, ohne den Unterstützungsschein zur Apotheke geht.

Würzburg. Die neue ambulante Kinderklinik der Universität Würzburg, Textorstr. 26/I (Vorstand Prof. Dr. J. Ibrahim) hat am 1. November ihre Tätigkeit begonnen.

Greifswald. Ein Säuglingsheim ist hier eröffnet worden. Die Anstalt nimmt Säuglinge (Tagessatz 40—50 Pf.) und Mütter (Tagessatz 1—2 M.) auf und ist gleichzeitig Lehr- und Ausbildungsstätte für Kinder- und Wochenplegerinnen. Die Leitung hat Geh.-Rat Peiper und für die in Aussicht genommene Schwangerenabteilung Prof. Kroemer.

Namenverzeichnis des 20. Jahrganges.

Sachverzeichnis des 20. Jahrganges.



Verantwortlicher Redakteur: Sanitätsrat Dr. Eugen Graetzer in Friedenau-Berlin. — Verlag von Johann Ambrosius Barth in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

apie78.
er 150.
42.
hema-
entien
is 146.
impf-
llung
210.
Kin-
erung
die
nität
und
iliti-
r 73.
ngs-
der
an-
r-
ie
en
r-
e-




UNIVERSITY OF CHICAGO
79 870 603